UNIVERSITE DE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE PITIE-SALPETRIERE

ANNEE 1973

N° 20

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

Par

Madame Chantal BORET

Née le 12 Juin 1947 à VILLEJUIF 94

Présentée et soutenue publiquement le

PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES POSES PAR LES CONTRACEPTIFS ORAUX

Président de Thèse : Monsieur D.A. DUCHE

Professeur Agrégé de Psychiatrie

Chef de Service au C.H.U. de la Salpétrière

UNIVERSITE DE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE PITIE-SALPETRIERE

ANNEE 1973 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

Par

Madame Chantal BORET

Née le 12 Juin 1947 à VILLEJUIF 94

Présentée et soutenue publiquement le

PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES POSES PAR LES CONTRACEPTIFS ORAUX

Président de Thèse : Monsieur D.A. DUCHE

Professeur Agrégé de Psychiatrie

Chef de Service au C.H.U. de la Salpétrière

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Je dédie ce travail à :

A Mon Père

qui m'a éveillé et guidé sur le rude chemin des études, qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissante filiale.

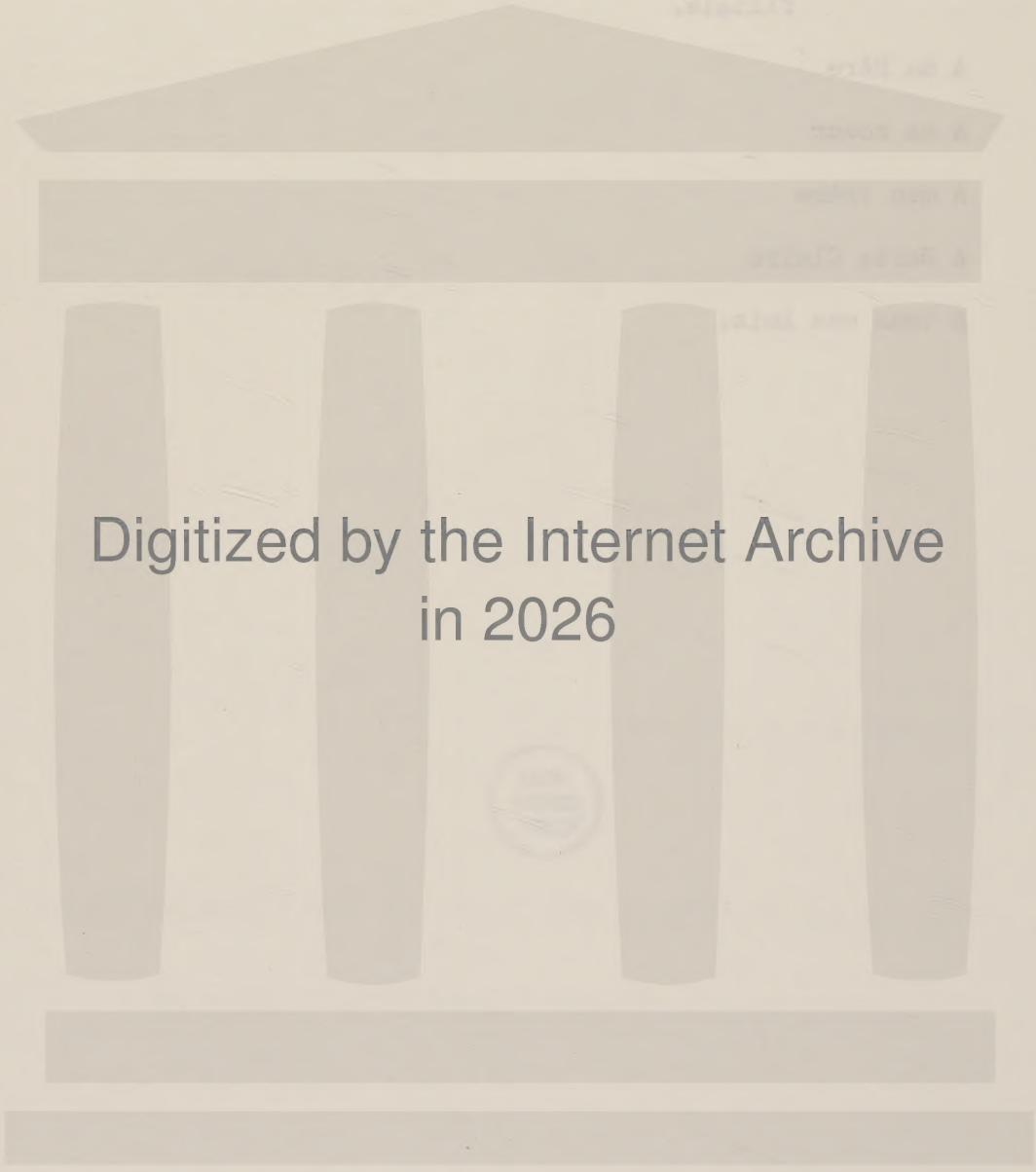
A ma Mère

A ma sœur

A mon frère

A Marie Claire

A tous mes Amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548020_0015

A mon maître le professeur agrégé DUCHE

qui a bien voulu présider cette thèse et dont la gentillesse nous a été précieuse.

A mon maître le professeur agrégé P. SIMON

qui nous a inspiré ce sujet et dont les conseils nous ont été très utiles.

A mon maître le professeur WILDOCHER

qui nous a guidé dans la rédaction de cette thèse.

A mes maîtres d'externat

A mon maître le professeur agrégéTHERVET

A Pincus in Memoriom.

PLAN
ET
INTRODUCTION

Problèmes psychologiques et psychiâtriques posés par les contraceptifs oraux

PLAN

Introduction

a) Problèmes posés par la contraception : socio économiques, éthiques, religieux et le rôle du médecin vis à vis de ceux-ci.

b) Etude suggérée par un séjour d'un an à l'hopital psychiâtrique de Chalons sur Marne.

I Aspect pharmacologique.

A) Les différentes pilules

B) Leur mode d'action

1) inhibition de l'ovulation

2) action sur l'endometre

3) action sur la glaire cervicale

C) Les incidents

1) Types : hémorragie intercurrente aménorrhée transitoire, dysmenorrhée, troubles gastro intestinaux, modification du poids, tension mammaire, cholasma, modification de la libido.

2) Comparaison des effets secondaires et d'un placebo.

D) Les Accidents

1) Types

a) atteinte hepatique avec ictère

b) mouvements anormaux d'allure choréiforme

c) accidents vasculaires.

2) Pilule et cancer

a) Cancer du sein

b) Cancer uterin

3) Risque Teratogene

E) Conduite pratique à tenir.

1) Eliminer les contre-indications

2) les examens à pratiquer

- général
- gynécologique et frottis
- glycémie à jeun
- lipides totaux- triglycérides

3) existence d'une anomalie et surveillance.

Choix du traitement.

II Aspects psychologiques et oestro-progestatifs.

A) Troubles liés à :

1) phase pré-menstruelle
2) la peur de la grossesse
3) aux règles
4) à la libido.
5) aux méthodes contraceptives.

B) apparition des troubles psychologiques sous contraceptifs oraux.

1) facteurs favorisant l'apparition des troubles

a) absence de participation masculine
b) rôle de la grande presse
c) rôle de l'attitude gouvernementale
d) rôle de l'église
e) rôle du medecin prescripteur
f) rôle de l'efficacité absolue.

2) Troubles liés à la modification des rapports du couple.

a) aspect bénéfique de la contraception sur le plan psychologique

1) Modification de la libido

rôle au niveau de l'homme de la contraception orale

- historique du type de relation homme - femme
- libération de la femme
- modification du comportement de l'homme

.../...

2) au niveau de la femme

- augmentation de la libido
- diminution de la libido

3) problèmes posés par la liberté sexuelle et la responsabilité de la femme

III Les oestroprogestatifs et dépression.

A) Importance quantitative des réactions dépressives

1) pourcentage suivant les différents auteurs
2) rôle de l'âge et de la durée du traitement.

B) Signes cliniques

1) les différents symptomes et leur fréquence

- accidents benins
- accidents graves

2) Exemples cliniques observés à l'hopital psychiatrique de Chalons-sur-Marne.

a) réactions modérées observées en consultation externe

b) dépression grave hospitalisée

3) Rôle des antécédents et de la structure antérieure de la personnalité dans l'apparition des syndromes dépressifs sous contraception orale

a) rôle des antécédents dépressifs

1) période pré menstruelle
2) période de grossesse
3) période du post-Partum

b) rôle de la structure antérieure.

4) les syndromes dépressifs sous contraception orale et les antidépresseurs.

C) Essai d'explications biologiques

1) la responsabilité des produits hormonaux est suggérée :

a) par le rapprochement des troubles observés pendant la phase pré menstruelle

b) pendant la grossesse

2) les différentes études

a) modification du métabolisme des amines cérébrales :

catecholamine

- IMAO - MAO

- Serotonine

b) troubles du métabolisme du Tryptophane

c) epimerisation des steroides sexuels en glucocorticoïdes

d) Progesterone dépresseur central

e) Pertubation en acide folique

f) Rôle des différents dosages.

IV Les oestroprogestatifs en milieu psychiatrique.

A) Eclosion et modifications des troubles psychiatriques sous œstro-progestatifs.

1) Eclosion des troubles psychiâtriques

2) Modification

a) aggravation des troubles

b) modification dans les deux sens exemples cliniques.

B) Utilisation des oestro-progestatifs dans un but thérapeutique de certains troubles psychiatriques

1) hypothèse de départ

2) résultats observés

C) Aspect de la contraception orale à l'intérieur de l'hopital psychiatrique de Chalons-sur-Marne

1) Motifs d'utilisation

a) type de femme

b) motifs.

1) au niveau de la femme

2) au niveau du personnel soignant

3) au niveau des médecins

4) au niveau de l'enfant

2) Rôle bénéfique de la contraception orale

3 exemples cliniques

3) Problèmes posés par les accidents et les effets secondaires

1) durée d'utilisation

2) les différents produits utilisés

3) les différents accidents et leur fréquence

4) les différents effets secondaires

5) explication de la bonne tolérance

D) Problèmes soulevés par le contrôle de la procréation des malades mentaux

1) Moraux et Religieux

2) Position du Conseil de l'ordre vis à vis de :
la contraception orale
de l'interruption de grossesse
de la stérilisation

Conclusions.

La venue de la contraception orale a apporté une technique nouvelle en matière de limitation des naissances qui bouleverse les traditions morales et religieuses de notre société imprégnée d'une culture fondée sur la morale judéo-chrétienne.

Cette venue a suscité des passions dans les deux sens, les incidents et les accidents secondaire à la prise des oestroprogestatifs ont servi d'arguments à ces polémiques.

En effet la contraception orale pose des problèmes éthiques, religieux, socio-économiques et fait apparaître un nouveau rôle du médecin.

Les problèmes socio-économiques se posent avec acuité sur le plan national surtout dans les pays en voie de développement où les problèmes de la surpopulation sont sur aigu. Dans nos pays, le problème se pose différemment il se situe sur le plan individuel, en effet il dépend d'une part d'une attitude gouvernementale vis à vis de la natalité. En France où la natalité est encouragée, la contraception orale est peu divulgée et est entachée d'un sentiment d'être antisocial, pour les familles qui décident de limiter leur nombre d'enfants afin de leur procurer un plus haut niveau de vie.

La contraception orale mobilise les angoisses et les conflits tant de la part des femmes utilisatrices que de la part des médecins prescripteurs. Ces angoisses et ces conflits naissent d'une part de la morale judéo-chrétienne qui condamne la sexualité sans procréation. Cette condamnation écrite et divulguée dans l'encyclique du Pape Pie XII "casti Connubii" qui continue la ligne de pensée du pape Léon XIII reste valable de nos jours. Par ailleurs chez les protestants puritains, la sexualité est assimilée au mal. Cette condamnation fait que la sexualité est assimilée au mal dont la grossesse est la punition ; la femme s'inflige alors un sentiment d'auto punition vis à vis de la sexualité en devenant frigide.

Par ailleurs la divulgation imprécise et massive de la grande presse influence la majorité des femmes et entraine des conflits avec l'information reçue du médecin dont le rôle actuellement est moins empreint d'autorité. Les mêmes motifs moraux ou religieux pésent également sur la décision du médecin. La contraception orale demande au médecin la remise en question de ses habitudes et du penser traditionnels.

Toute demande de contraception orale de la part d'une femme comporte une charge effective ; celle d'obtenir l'autorisation tacite d'accéder à une vie sexuelle plus libre, libérée de sa punition originelle. Cette demande modifie les rapports du couple et met à nu leur sexualité.

Toutes les traditions en matière de sexualité se trouvent modifiées par l'apparition de la contraception orale, ce qui explique les difficultés qu'éprouvent un grand nombre de femmes et de couples à assumer cette nouvelle éthique que leur impose la contraception orale. La "Pilule" apparaît comme le médicament le plus porteur de phantasmes.

Nous envisagerons dans cette étude les motifs à la fois physiologiques et psychologiques qui entrent dans l'apparition des troubles consécutifs à la prise des contraceptifs oraux.

Cette étude nous a été suggérée par un séjour d'un an en hopital psychiâtrique comme interne où les problèmes de contraception se posent avec une acuité particulière.

1ère PARTIE

I - Aspect pharmacologique -

Avant d'aborder les problèmes proprement psychologiques il convient de faire un rappel des différentes pilules que l'on trouve sur le marché et de leur mode d'action, de leurs accidents et incidents.

1) les différentes pilules

Elles sont nées à la suite des travaux de Pincus. Elles sont composées par des oestrogenes et des progestatifs de synthèse.

Les oestrogènes de synthèse sont limités au nombre de 2 :

- ETHINYLOESTRADIOL
- MESTRANOL

Pour obtenir une action efficace comme inhibiteur de l'ovulation c'est à dire comme nous le verrons plus loin, pour qu'elles agissent par feed back négatif il faut que le dosage en oestrogene soit au minimum de 50 γ par jour (pour ces deux substances car pour d'autres la dose ne signifierait rient).

Les progestatifs de synthèse sont eux beaucoup plus nombreux on peut les classer suivant le corps dont ils dérivent :

1) les dérivés de la testostérone : en fait peu utilisé en dehors de :
DIMETHISTERONE

2) les dérivés de la 19 nartestostérone : sans action virilisante chez la femme :
NORTHINDRONE
NORTHINDRONE ACETATE
NORETHYNODREL
ETHYNODIOL DIACETATE
LYNOSTRENOL

3) les dérivés de la 17α hydroxyprogesterone
ACETATE de CHLORAMDIONE
ACETATE de MEDROXYPROGESTERONE
ACETATE de MEGESTROL

4) les stereoisomères de la progesterone, ne sont pas utilisés dans la fabrication des pilules car ils n'ont pas d'effet rétroactif sur l'axe hypothalamo hypophysaire, et ils ne modifient pas la physiologie de l'ovulation.

- Le mode d'administration des oestroprogestatifs en contraception est le suivant :

1) Soit en association simultanée de l'oestrogene et du progestogene pendant 21 ou 22 jours, à partir du 5e jour du cycle.

2) Soit en utilisant pendant la 1e partie du cycle du 5e au 15e jour un oestrogene seul, puis du 15e jour au 21e ou 22e jour l'association de l'oestrogene et du progestogene, c'est la méthode dite séquentielle.

Nous verrons plus loin la différence d'action de ces 2 processus.

Enfin il existe aussi la possibilité d'un traitement continu pendant 28 jours qui fait disparaître les règles.

...

ME : mestronol
EO : ethynilestradiol
* : commercialisé en france

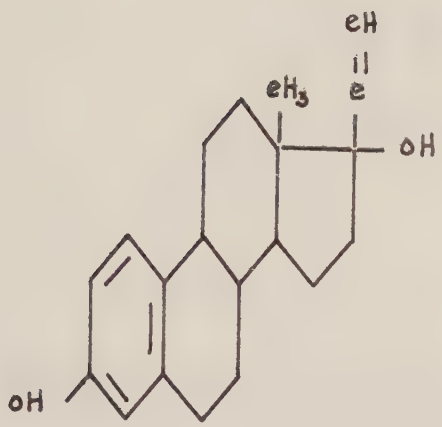
Contraceptifs oraux utilisés actuellement

Composition en mg

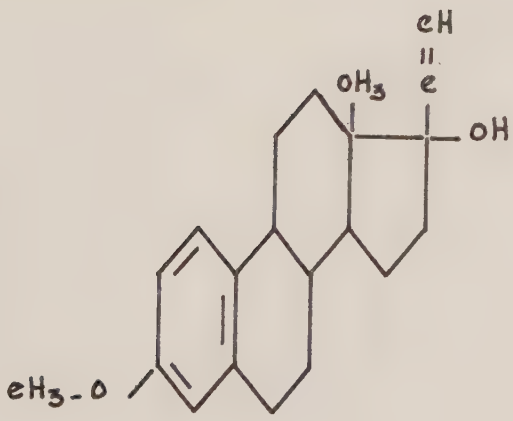
progestatif		oestrogene		nom commercial	nombre prise/mois
Dimesthisterone	10 mg	E.O	0,05 mg	SECRODYL	
Norethynodrel	9,8	M.E	0,15	ENOVID	20
Norethynodrel	4,9	M.E	0,075	ENIDREL * CONOVID	20
Norethynodrel	2,5	M.E	0,1	ENOVID CONOVID	20
Norethindrone	10	M.E	0,06	ORTHONOVUM	20
Norethindrone	5	M.E	0,075	ORTHONOVUM	20
Norethindrone	2	M.E	0,1	COLUTEN NOVULEN NORINYL NORALESTIN	20
Norethindrone	1	M.E	0,05	NORINYL 1	20
Ac. Norethindrone	4	E.O	0,025	ANOVLAR 21 * NORDIOL	21
Ac. Norethindrone	3	E.O	0,05	GYNOVLAR	21
Ac. Norethindrone	2,5	E.O	0,06	NORLESTIN GESTET PROLESTRIN GYNOVIANE * ORLESTRIN ETALANTIN	20
Ac. Norethindrone	1	E.O	0,05	NORLESTRIN 1mg MILLIANOVLAR *	20
Diacetate d'Ethynodiol	2	M.E	0,1	METRULENE *	21
Diacetate d'Ethynodiol	1	M.E	0,1	OVULENE *	21
Diacetate d'Ethynodiol	1	M.E	0,05	OVULENE 50 *	21
Norgestrienone	2	E.O	0,05	PLANOR *	21
Norgestrel	0,5	E.O	0,05	STEDIRIL * EUGINON	21
Lynestrenol	5	M.E	0,15	LYNDIOL *	20
Lynestrenol	2,5	M.E	0,075	OVARIOSTAT* NORACYCLINE * HEMI-LYNDIOL *	22

association	Ac. Chlormadione	3	M.E	0,1	ACONCEN	22
	Ac. Chlormadione	2	M.E	0,008	LUTORAL	22
	Ac. Medroxyprogesterone	10	E.0	0,05	PROVERA PROVEST	20
	Ac. Medroxyprogesterone	5	E.0	0,05	CYCLO-FARLUTAL NOGEST	20
	Acetate de Megestrol	5	M.E	0,1	DELPREGNIN	20
	Acetate de Megestrol	5	E.0	0,1	OVEX	20
	Acetate de Megestrol	4	E.0	0,05	VALIDON PLANOVINE * LOCIDON	20
	Ethinyl estranol	2,5	M.E	0,75	OV 28 *	22 + 6
sequentiel	Dinethisterone	25	E.0	0,1	ORACON OVIN	0 + P 16 + 5
	Norethynodrel	5	M.E	0,1	FEMINORSEQUENTIAL	15 + 5
	Norethindrone	2	M.E	0,08	SEQUENTIEL ORTHONOVUM	14 + 6
	Chlorandione	2	M.E	0,08	LOVNIN LUTORAL SECURUTEX	15 + 5
	Acetate de Megestrol	0,5	E.0	0,1	OVISEC	16 + 5
ntinu	Acetate de Chloramadione	0,5		0	NACENYL *	ininterrompu

- 1) Ethinyl oestradiol



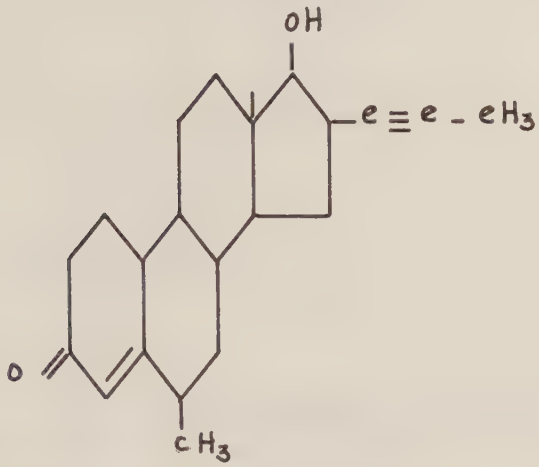
2) Mestranol



Progestatifs

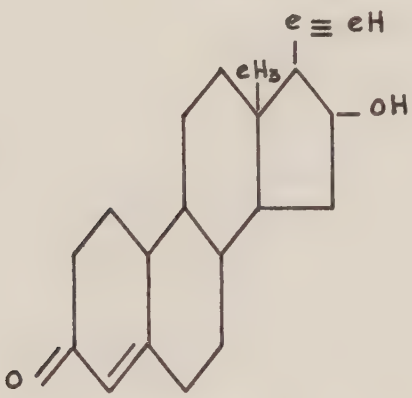
1) dérivé de la testostérone

Dimethistérone (dimetyl ethynyl testosterone)

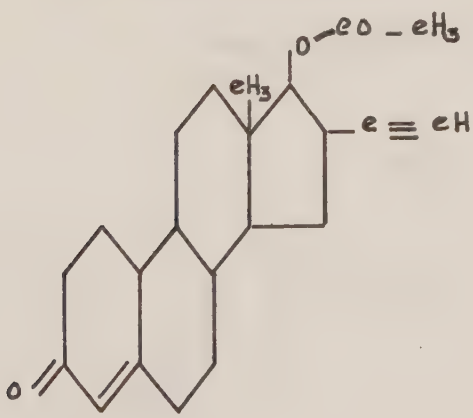


2) dérivé de la 19 nortestosterone

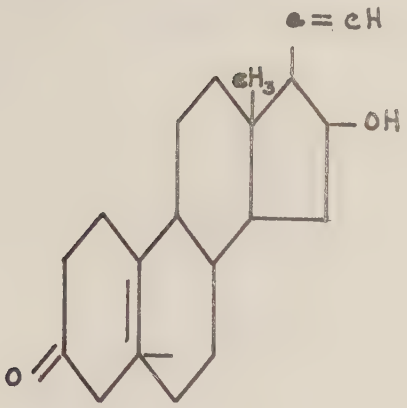
Norethindrone (17 ethynyl nortestosterone)



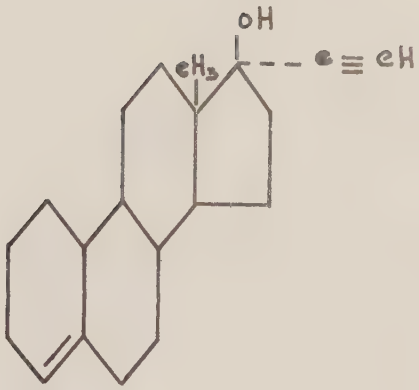
Norethindrone acetate



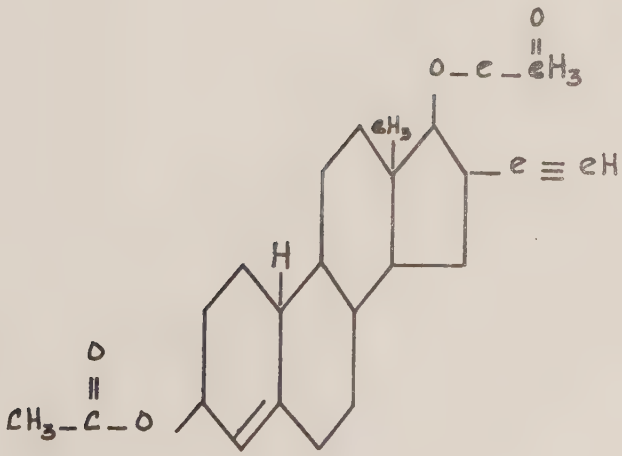
Norethynodrel



Lynoestrenol (ethynyl oestrenol)

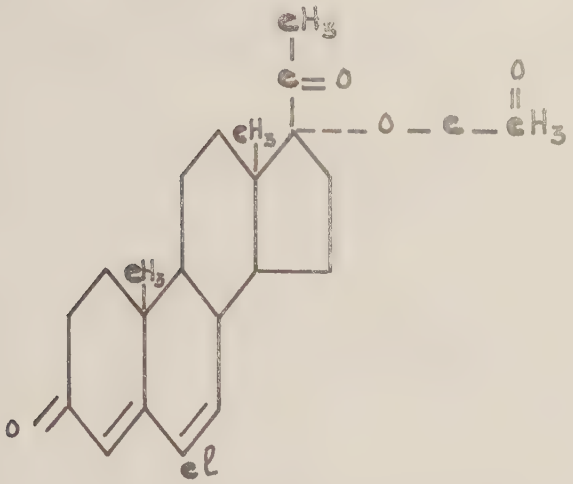


Diacetate d'Ethynodiol

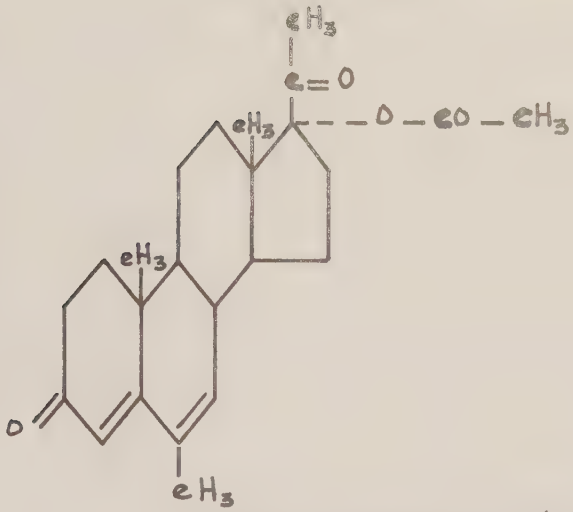


3) Dérivés de la 17 α hydroxyprogesterone

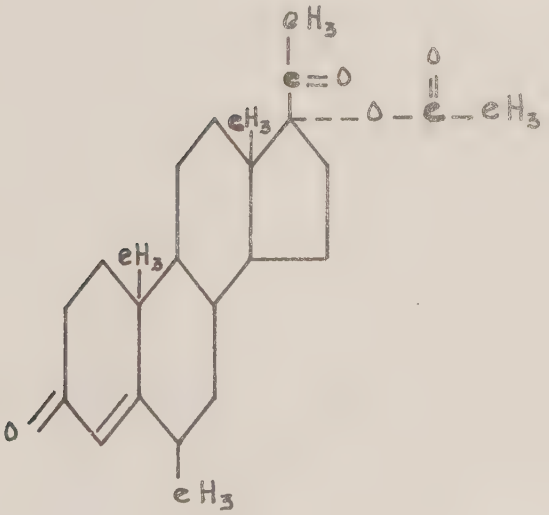
Acetate de chloramdione



Acetate de megestrol



Acetate de medroxyprogesterone



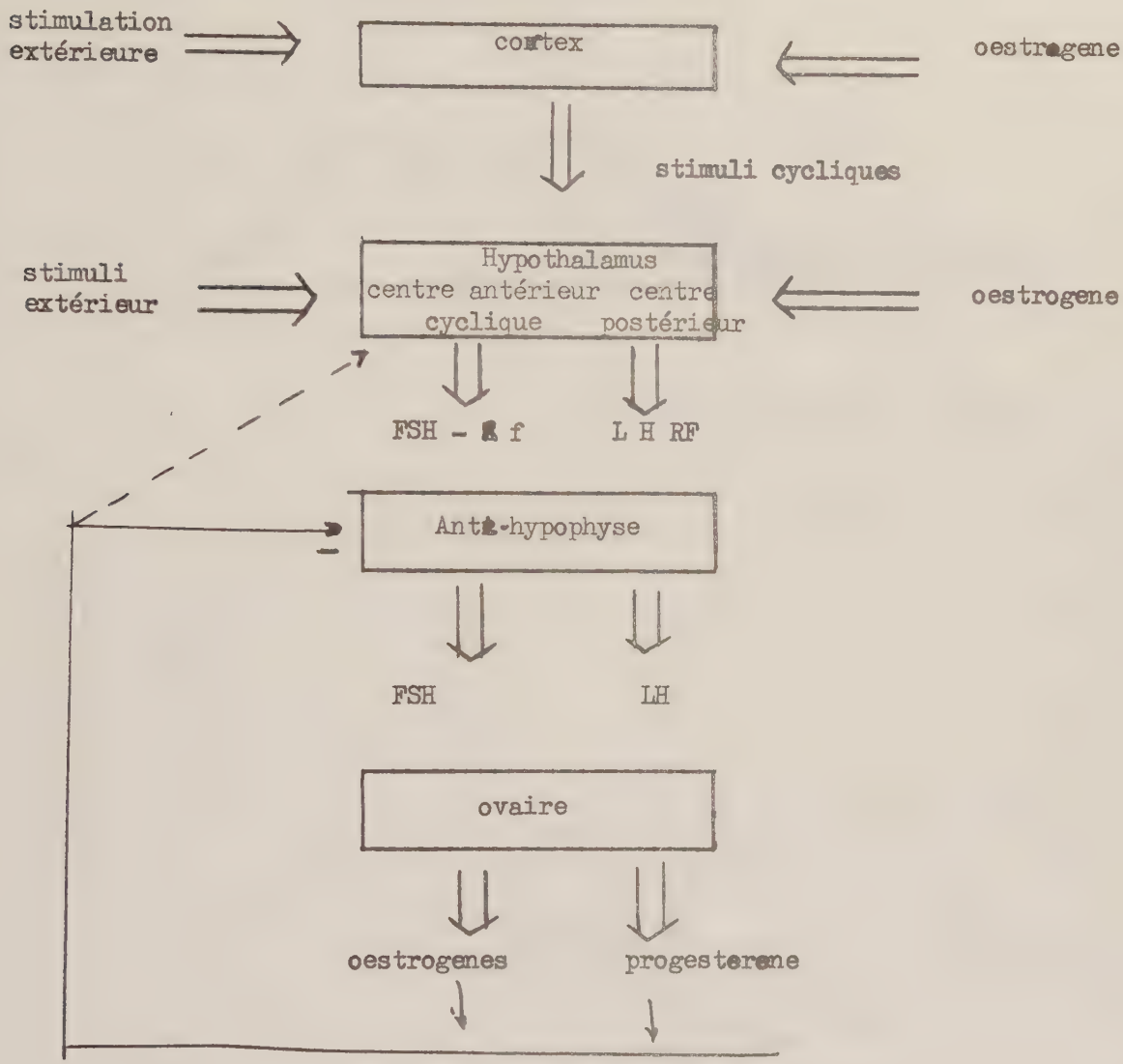
Taux d'efficacité de l'administration simultanée des oestro-progestatifs

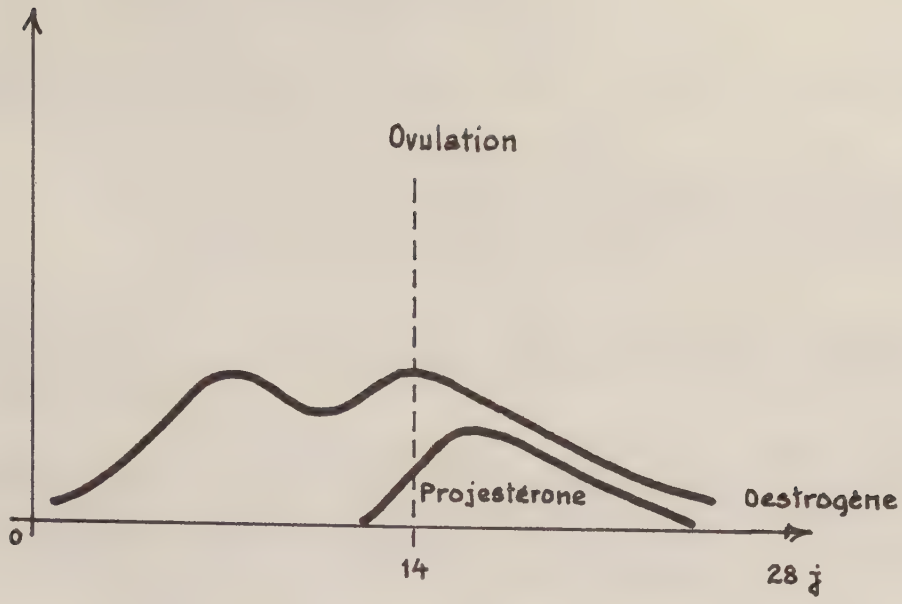
Auteurs	nombre de femmes	nombre de cycles	nombre de grossesse: sans oubli	nombre de grossesse: avec oubli	Taux % année femmes y compris les oublis	Produits utilisé
ncus et Coûl. 1959	830	8,133	1 ?	16	2,7	Enovid 10 mg
wis 1963	100		0	0	0	
tterthwaite et Gamble 1962	838	15,150	0	13	1,1	
ttmacher et Parkin 1965	11 7111	349 488	0	0	0	Enovid 5 mg
ars 1964	216	3,267	0	2	0,8	
owers 1964	259	3,510	0	0	0	
ars 1961-64	262	2,718	0	2	1	Enovid 2,5mg
tterthwaite 1964	201	2,755	0	1	0,5	
ldzlecher et Coll 1962	210	6,322	0	0	0	Orthonovum 10 mg
ler et Coll 1963	606	16,808	1 ?	9	0,8	
ckison et Coll 1963	117	998	0	0		Orthonovum 5 mg
tcherson et Coll 1963	306	1,825	0	0	0	
vinsky 1964	235	2,234	0	0	0	Orthonovum 2 mg
tterthwaite 1964	190	2,776	0	0	0	
ler 1964	435	6,455	0	0	0	
ars et Grant 1962	166	1,023	0	0	0	
ars 1964	196	2,093	0	0	0	Anovlar 4 mg
yer 1964	30	278	0	0	0	
wer 1964	22	142	0	0	0	Lyndiol 5 mg
rin 1964	42	567	0	0	0	
ghissi et Coll 1963	268	1,702	0	0	0	Provest 10mg
vingston 1963	232	1,188	0	0	0	
drews et Andrews 1964-1965	254	3,603	0	0	0	
tterthwaite 1964	164	2,071	0	1	0,6	Ovulen 1 mg
ucus 1963	126	1,136	0	0	0	
mstran 1965	195	4,502	0	2	0,6	

Auteurs	nombre de femmes	nombre de cycles	nomb. grossesse sans oubli	nomb. grossesse avec oubli	Taux % année femme	Produits utilisés Pendant 15 jours	Produits utilisés les 5 ou 6 jours suivants associés à
brams 1966	319	3339	2	3	1,5	Mestranol 80 γ	Chlormadione 2m
oldzicher 1964	11919	11001	6	4	1,2	Mestranol 80 γ	Chlormadione 2m
ake 1966	2751	27247			1,9	Mestranol 80 γ	Chlormadione 2m
ears 1966	113	1513	5	2	5	Mestranol 80 γ	Chlormadione 2m
	122	1782	4	2	4	" "	" "
	65	534	0	0	1,5	Mestranol 100 γ	" "
	97	358	1	0		" "	" "
atter et Pelissier 1966	59	124	0	0	0	Mestranol 80 γ	Chlormadione 2m
elander 1966	6070	82085			1,3	Mestranol 80 γ	Chlormadione 2m
arkinson 1966	195	2623	1	1	0,9	Mestranol 80 γ	Chlormadione 2m
yler 1966	491	7704	1	8	0,1652	Mestranol 80 γ	Chlormadione 2m
ndrew 1966	294	1281	0	0	0	Mestranol 80 γ	Norethindrone 2
oard 1966	173	1685	1	0	0,8	Mestranol 80 γ	Norethindrone 2
owan 1966	178	1785	1	1	0,67	Mestranol 80 γ	Norethindrone 2
owenberg 1966	203	1503	0	1	0,8	Mestranol 80 γ	Norethindrone 2
ewland 1966	529	7729	0	1	0,16	Mestranol 80 γ	Norethindrone 2
yler 1966	509	6212	1	3	0,77	Mestranol 80 γ	Norethindrone 2
ungck 1966	514	3880	1	2	1	Ethinyl Oestradiol 100 γ	Dimethistérone1
oung 1965	410	6038	1	5	1,3	Ethinyl Oestradiol 100 γ	Dimethistérone2
eaton 1964	89 26	460 102	1 1	2		Ethinyl Oestradiol 100 γ	Dimethistérone2 Megestrol 5mg
ears 1966	88	1006	1	0	1	Ethinyl Oestradiol 100 γ	Megestrol Acetate 5 mg
c Bride 1966	373	1420	0	0	0	Ethinyl Oestradiol 100 γ	Megestrol Acetate 5 mg
reenblatt 1966	86 39 94	1761	1 0 1	2	2,72	Ethinyl Oestradiol 100 γ	Dimesthistérone Megestrol Ac. 5 Clormadione 2 m
oard et Berland 1966	139	561	0	0	0	Mestranol 80 γ	DMAP 2 mg
prin	143	1274	0	0	0	Mestranol 100 γ	17 acetoxy progestérone 100m
att 1966	220	2211	0	0	0	Mestranol 100 γ	Etynodiol diacetate 0,5 mg
pas 1966	2751	27247	15	29	1,94	non précisé	
utcherson 1967	411	3827	0	2	0,6	Mestranol 80 γ	Norethindrone2m
van 1967	272	3764	1	0	0,37	Ethinyl oestradiol 100 γ	Megestrol acetate 5 mg

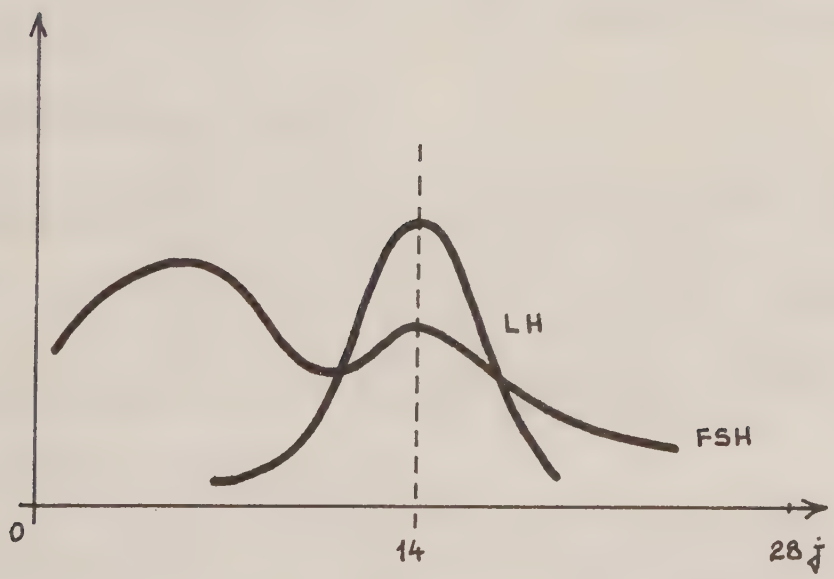
2) Mode d'action des oestroprogestatifs

Pour comprendre l'inhibition de l'ovulation par les oestroprogestatifs, il convient de rappeler les mécanismes de l'ovulation, celle-ci est sous la dépendance de l'axe hypophysothalamique . Le contrôle s'effectue par un feed back négatif lié au taux sanguin des oestrogenes et de la progesterone circulante qui règle le taux des stimulines hypophysaines.





Sécrétion ovarienne normale



Hormones hypophysaires Lors du cycle normal.

a) L'inhibition de l'ovulation : sera donc réalisée

si il y a une absence de FSH
si il y a une absence de L H
par action directe sur l'ovaire

Les critères actuellement admis par la majorité des auteurs pour définir l'inhibition de l'ovulation sont :

1) l'absence de corps jaune pendant la deuxième partie du cycle
2) l'absence d'élévation du taux urinaire de pregnandiol
3) grace au dosage selectif de FSH et de LH, possible depuis peu, on considère comme critère actuellement l'absence du pic préovulatoire de LH (8 - Brown et Coll).

En fait le problème de savoir à quel niveau l'inhibition se passe : si c'est l'absence de LH ou de FSH qui la détermine ne peut pour le moment avoir de conclusion réelle.

- Dans la méthode combinée : la dose plus élevée d'oestrogenes dans la première partie du cycle, surtout dès le début entraîne une diminution du taux de FSH circulante. La présence de progestatif dès la première partie du cycle agit par retrocontrole négatif hypophysaire en inhibant le pic de LH responsable de l'ovulation. Ceci pour le premier cycle sous oestroprogestatif.

- Dans la méthode séquentielle : seule l'action des oestrogenes dans la première partie du cycle est responsable de l'inhibition de l'ovulation. Celle-ci pour être efficace dès le premier cycle demande un dosage élevé en oestrogenes.

- Après le premier cycle sous oestroprogestatif, on observe quelque soit la méthode une disparition des FSH et LH circulantes.

- En fait les oestrogenes seuls, et les progestatifs seuls sont capables d'inhiber l'ovulation, mais leur effet secondaire, à type d'hémorragie pour les uns, d'aménorrhée pour les autres empêchent leur utilisation comme contraceptifs.

b) Modifications de l'endomètre

- L'action des oestroprogestatifs sur l'endomètre aboutit à la formation d'un endomètre anormal, impropre à la nidation. Ces modifications apparaissent dès le premier cycle (Durkin et Coll 10).

Lors des traitements combinés : rapidement dès le troisième cycle l'aspect est stable : celui d'un endomètre mince et hypoplasique.

- Au cours des traitements séquentiels : on note un oedème du stroma, mais il n'y a ni hyperplasie, ni formation d'artères spiralées. L'aspect de l'endomètre est stable dès le premier cycle (Netter 19)

c) Action sur la glaire cervicale

- La glaire cervicale (9) sous l'action des oestroprogestatifs est rendue impropre à la pénétration et à la mobilité des spermatozoïdes. Elle devient de type spermophobe, moins abondante sa viscosité augmente, elle ne cristallise plus en feuilles de fougères.

L'action sur la glaire cervicale ne s'observe que dans la méthode combinée, la méthode séquentielle n'ayant aucun rôle sur la glaire cervicale.

3) Les incidents

Au cours des premiers cycles sous contraception orale, il est fréquent de voir apparaître chez certaines femmes, un certain nombre d'effets secondaires. En fait leur apparition dépend d'une part comme le montre dans son étude H. Michel WOLFROM du contact entre le médecin prescripteur et la femme, d'autre part de la façon dont la femme perçoit la contraception. Son acceptabilité par celle-ci est intimement liée à sa psychologie et à ses motivations.

...

On peut voir apparaître :

1) des hémorragies intercurrentes : lors du 1er cycle leur fréquence est de 3 à 20 %, pour tomber à 1 à 6 % lors des cycles suivants, pour la totalité des cycles étudiés par les différents auteurs. Celles-ci pouvant résulter soit d'une prise irrégulière entraînant une petite hémorragie de privation, soit à une adaptation de l'endomètre au taux d'oestrogenes circulants.

2) des aménorrhées transitoires : en particulier lors du premier cycle ont été constatées par certains, surtout pour les produits fortement dosés. Il convient néanmoins de rappeler qu'il faut éliminer le diagnostic de grossesse avant d'établir une contraception oestroprogestative.

3) des dysménorrhées ont également été notées, il semble qu'il s'agisse surtout de femmes souffrant auparavant de dysménorrhées, celles-ci étant le plus souvent améliorées.

4) des troubles gastro intestinaux : à type de nausées et vomissements semblent plus liés aux oestrogenes. Leur fréquence diminue considérablement après un an de traitement.

5) des modifications du poids : ont été notées dans les deux sens souvent alléguées par les femmes pour arrêter le traitement, les variations ne portent pas en règle sur plus de 3 Kg.

6) des douleurs abdominales basses sont souvent rencontrées.

7) une tension mammaire a pu être également notée surtout lors des premiers cycles, en particulier chez les femmes souffrant de tension mammaire lors de la phase pré-menstruelle auparavant.

8) un cholasma et une hyperpilosité ont été signalé par certains.

9) une modification de la libido dans les deux sens a été notée par de nombreux auteurs, mais nous reviendrons plus loin sur celles-ci, en raison des facteurs psychologiques et des conflits qu'elle traduit.

10) enfin des troubles nerveux : à type de cephalée, de fatigue, de dépression. Ils seront étudiés dans la deuxième partie de cet exposé.

Ces effets secondaires diminuent avec le temps, ils sont plus fréquemment rencontrés avec les produits fortement dosés.

Devant cette longue liste des effets secondaires ont peut se demander quels sont ceux attribuables en propre aux oestroprogestatifs.

d) Comparaison des effets secondaires des oestroprogestatifs et d'un placebo.

Cette étude a été faite par Aznar & Ramos : il a traité 147 femmes de 16 à 41 ans par un placebo, alors que les femmes croyaient prendre un contraceptif, pendant un total de 424 mois de traitement. Il ressort de cette étude que les femmes sous placebo se plaignaient des mêmes effets secondaires, par contre la durée des cycles a été plus pertubée. En outre elles se plaignaient moins de nausées, seulement 4 %.

La plupart des effets secondaires des oestroprogestatifs s'observent avec la même fréquence chez les femmes sous placebo ; ne sont pas attribuables aux contraceptifs. Ceci montre donc l'importance des facteurs psychiques dans l'acceptabilité des contraceptifs oraux par les femmes.

.../...

1) - Pincus à Porto-Rico a fait l'étude des effets secondaires des pilules sur deux groupes de femmes.

Le premier : il expliquait aux femmes qu'elles prenaient une pilule contraceptive.

Le deuxième : il leur présentait les pilules comme un médicament banal.

Bes résultats furent les suivants :
pour le premier groupe : il note 20 % d'effets secondaires
pour le deuxième groupe : il note 6 %

Par conséquent il conclut que 14 % des effets secondaires sont purement d'origine psychique.

2) - L'apparition d'effets secondaires sous contraceptifs araux se rencontre chez des femmes dont le médecin prescripteur joue un rôle nocebo. Pour une même population, on notera une différence significative au niveau de l'apparition des effets secondaires suivant les différents médecins : ceux favorables à la contraception orale auront un nombre plus faible d'effets secondaires que ceux qui lui sont défavorables.

Statistiques communiquées par le laboratoire WYETH USA. Sur l'évolution des effets secondaires dans le temps
(norgestrel 0,5 mg + ethinyloestradiol 0,05)

	Cycles				Ensemble des cycles
	1e	3e	12e	24e	
Aménorrhée	1	0,6	0,6	0,6	0,6 %
Metrorragies	5,2	2,6	1,4	0,8	1,9
Abondances des règles →	7,8	6,2	4,6	2,3	4,7
↘	11,5	7,9	3,5	2,5	5,3
Dysmenorrhée	10,3	7,1	4,6	2,2	5,2
Variations de poids + 2 kg: →	7,3	4,6	3,1	3,0	4,1
- 2 kg: ↘	2,5	2,9	2,4	2,3	2,5
Nausées et vomissements	10,4	2,7	0,8	0,5	2
Tension mammaire	0,2	0,07	0,2	0,3	0,06
Libido →	1,3	0,2	0,1		0,2
↘	0,7	0,3	0,1		0,2
Nervosité	0,3	0,2	0,03		0,1
Dépression	0,6	0,2	0,06	0,2	0,2

4) Les accidents

Ils font l'objet de nombreuses publications. On note différents types d'accidents :

- les atteintes hépatiques avec ictère
- les mouvements anormaux d'allure choreiforme
- surtout les accidents vasculaires.

1) Les atteintes hépatiques avec ictère

Elles sont rarissimes, à type d'ictère cholostatique. Le tableau clinique allant de l'ictère grave ou prurit isolé, c'est un ictère sans fièvre.
Le tableau biologique est le même quelle que soit la clinique:
- une augmentation de la bilirubine conjuguée
- une discrète élévation des transaminases
- une élévation des phosphatases alcalines

../...

Devant ce tableau, une biopsie hépatique lorsqu'elle est pratiquée montre :

- une cholostase intra-hépatique
- une altération discrète des cellules hépatiques

L'arrêt du traitement est toujours suivi d'une guérison complète avec un retour plus ou moins long des tests biologiques à la normale.

Il ressort des différents cas publiés[18] que les ictères cholostatiques s'observent dans trois circonstances :

- chez les femmes prédisposées, c'est à dire possédant des antécédents d'ictère cholostatique ou de prurit pendant leur grossesse,
- un facteur ethnique semble-t-il entre en jeu ; les cas publiés étant tous dans les pays nordiques (Larsson Cohu),
- enfin surtout on les observe avec les produits fortement dosés, actuellement la littérature n'a pas fourni de cas avec les produits faiblement dosés.

Il en ressort que l'existence dans les antécédents d'une femme, d'un ictère cholostatique ou d'un prurit pendant une grossesse est une contre-indication aux oestroprogestatifs.

2) Les accidents vasculaires

font l'objet de nombreuses publications, les différentes opinions émises à ce sujet ne permettent pas à l'heure actuelle de conclure. Pour certains : Vessey Imman ..., la corrélation entre les accidents vasculaires et les oestroprogestatifs est significative. Pour d'autre : Jemet, Gross elle ne l'est pas.

Les accidents vasculaires sont à type de :

1) thromboembolique : phlébite des membres inférieurs, embolie pulmonaire dont quelques cas publics ont été mortels: Shegar, Brehum.[16]

2) accidents ischémiques : thrombose carotidienne surtout accidents vasculaires cérébraux, thrombose coronarienne : infarctus du myocarde chez des femmes jeunes. On en a décrit environ une cinquantaine.

3) accident oculaire: atteinte vasculaire à type de névrite optique et surtout de névrite rétrobulbaire. En fait ils sont rarissimes. Walsh en a publié 22 cas.[28]

4) modification tensionnelle : certains ont noté une hypertension.

En fait la fréquence des accidents vasculaires est plus faible que celle rencontrée pendant la grossesse ou à la suite d'avortement c'est ce qu'il est ressorti du rapport du British Research Connoil :

Les études sur la coagulation pour établir un lien de causalité de ces accidents avec les oestroprogestatifs sont nombreuses .

Certains comme Phillips[20] Pinus[21], Egeberg et Owren[11], Erbet Keller ..... concluent à :

- une modification des facteurs de la coagulation par une augmentation légère du fibrinogène,
- une augmentation des facteurs VII, VIII Stuart
- d'autres comme Berh., le rapport FDA ne donnent pas de conclusion
- enfin certains comme Soherd[15], Maureen, Ludiji ne trouvent pas de modification des facteurs de la coagulation.

Pour ceux qui concluent à une modification significative, cette dernière serait due aux oestrogenes :

- on n'observe pas de thrombose avec les progestatifs seuls
- Aboulker et Beaumont[1] ont montré une augmentation des ischémies coronariennes chez les sujets atteints de cancer de la prostate traités par oestrogenothérapie, par rapport à ceux non traités.

Les oestrogenes seraient responsables des accidents vasculaires en créant une hypercoagulabilité sanguine et en favorisant la formation d'artériosclérose.

Devant ces accidents se posent le problème des contre-indications à l'utilisation des oestroprogestatifs.

- On éliminera d'emblée :

  - les femmes ayant des antécédents vasculaires : phlébite, accidents vasculaires cérébraux, hypertension artérielle ;
  - les femmes ayant eu un ictère cholostatique pendant leur grossesse.

Quelques données statistiques sur la fréquence des accidents thrombo-emboliques d'après Brill

Auteurs	produits utilisés	nombre de femmes	nombre de cycles	cas de thrombo-phlébites observé: nombre total	:cas pour 1000 femmes par an
:terthwaite et Gamble	Enovid	838	15 150	0	0
rchaff et Haller	Anovlar	2 433	14 083	4	3,7
e et Wray	Orthonovum Enovid Anovlar Intoral	2 407	21 350	0	0
er	Orthonovum Enovid Provest Ovulen	5 000	100 000	0	0
tm aher Perkin	Enovid	11 711	349 488	58	2
nk et Tietze	Enovid	14 157	160 000	7	0,57
rs 1959-1962	Enovid		698 281	27	
rs 1963	Divers	1 200	7 000	4	
port FDA (63)	Enovid	992 000		12 décès	
eman	Divers	1 400	14 000	0	
al	Divers	400 000		16 décès	

b) Pilule et cancer

Avant d'envisager les différents dosages à demander avant de débuter le traitement, il reste un problème important à envisager sur ce chapitre des accidents des oestroprogestatifs ; celui si souvent mis en avant par la grande presse : "la pilule donne le cancer".

Problème particulièrement difficile à résoudre en raison d'une part de la latence de certaines tumeurs, et d'autre part du peu de recul dont on dispose vis à vis des oestroprogestatifs.

.../...

a) Les oestroprogestatifs et le cancer du sein

Certains progestatifs de synthèse à forte dose induisent chez la souris des tumeurs mammaires, ils en limitent par contre le développement chez le rat. Des expériences sur la chienne beagle ont donné également de nombreuses tumeurs mammaires, il convient toutefois de rappeler que ces chiennes font très souvent des tumeurs mammaires sans aucun traitement hormonal.

A la suite de l'émotion crée par la grande presse, les associations comprenant ces progestatifs c'est à dire ceux contenant du chloram ont été supprimées du commerce, bien qu'aucun cas chez la femme n' t été rapporté.

B) Les oestroprogestatifs et les cancers utérins

Un certain nombre de travaux [2] a été publié sur les cancers du col, de l'endomètre et les oestroprogestatifs, dans l'ensemble ils montrent actuellement un effet favorable de ces derniers sur les cancers utérins.

(λμ) Certains comme Baker [4] et Hertz [16] montrent un effet nettement favorable. Pour Pincus les progestatifs assureraient une prévention des cancers génitaux.

Les travaux de Guttmacher [15] portant sur 11 711 patientes traitées par Enovid 5 mg, donne un pourcentage moins élevé chez ces femmes que dans le restant de la population, pour les cancers utérins :

0,4 % au stade III sur une étude du 1er au 24e mois

0,1 % au stade IV sur une étude de 1 à 24 mois.

En fait il convient de souligner la latence de ces cancers et le rôle important que joue les frottis de dépistage vaginaux et cervicaux, permettant de déceler les lésions soit au stade précancéreux soit au stade I ou II, où le traitement pratiqué à temps est efficace.

Ces frottis faisant partie de la surveillance régulière des femmes traitées par les oestroprogestatifs, permettent un dépistage plus rapide donc une thérapeutique plus efficace que chez la majorité de la population où la pratique des frottis est plus rare et moins régulière.

Avant d'entreprendre le traitement on pratiquera un certain nombre de dosages pour éliminer les risques d'accidents décrits plus haut.

.../...

Résultats d'après Drill des études à grande échelle ayant porté sur les frottis vaginaux

auteurs	Produits utilisés	Nombre de femmes traitées	Nombre total de cycles	Nombre frottis suspects constatés	Nombre frottis suspects prévisibles	Nombre cancers constat
Pincus (1959)	Enovid	830	8133	0		0
Goldzicher (1962)	Orthonovum	210	6232	0		0
Rice Wray (1962)	Orthonovum	364	6062	0		0
Rice Wray (1963)	Enovid Orthonovum	2 040	22948	0	11,8	0
Family Planning	Produits divers	559	5196	0		
Mears (1963)	Produits divers	1 200	7000	0		
Pincus (1961)	Enovid		20442	0,2 %	1,1 %	1 du co
Tyler (1961)	Enovid Orthonovum	1 004	33132	0,4 %	0,6 %	0
Tyler (1964)	Enovid Produits divers			0,77 %	1,23 %	0
Cook (1961)	Enovid	550	6743			2 du co
Wied (1966)	Protest Enovid	1 628		Pas de différence statistique par comparaison à 19 325 témoins		

Pour conclure ce chapitre, il convient d'examiner brièvement le risque teratogene :

les expériences faites sur les animaux n'ont montré aucune anomalie.

- Carr (9) en 67, sur 8 femmes ayant fait une fausse couche, et ayant dans leurs antécédents pris des oestroprogestatifs, 6 des produits de ces fausses couches étaient dus à une aberration chromosomique .

- Monsieur et Madame Boué dans leur étude ne montrent pas de différence significative sur le nombre d'aberrations chromosomiques lors des fausses couches chez les femmes ayant pris des oestroprogestatifs dans leurs antécédents, et celles n'en ayant pas pris.

Devant cette longue liste d'incidents et d'accidents dus aux oestroprogestatifs il convient d'envisager la façon dont on peut s'en servir et surtout d'envisager les règles qu'il est bon d'observer avant d'entreprendre la prescription d'un oestroprogestatif chez une femme.

Conduite à tenir en pratique

Avant de prescrire des contraceptifs oraux il convient d'avoir en tout premier lieu un entretien assez long avec la femme et même avec le couple chaque fois que cela est possible.

a) Pour apprécier si la contraception est justifiée : en effet il importe d'évaluer réellement la motivation de la femme pour une contraception, l'absence de motivation profonde étant une contre-indication à prescrire une contraception orale.

b) Pour éliminer les contre-indications médicales liées aux antécédents personnels de la femme, à savoir :

- l'existence d'accidents thromboemboliques
- la notion d'ictère gravidique à répétition à chaque grossesse
- l'existence d'un diabète : la présence de celui-ci nécessitant une collaboration étroite avec le diabetologue pour le choix de la méthode contraceptive
- la notion de diabète familial fera rechercher l'existence de fausses couches à répétition, de gros enfant à la naissance
- l'existence d'une hypertension artérielle connue d'une cardiopathie d'origine athéromateuse, une hyperlipidemie.
- si la femme est obèse on élimine d'emblée les contraceptifs oraux.

Au terme de l'entretien, si l'emploi des contraceptifs oraux parait souhaitable, il conviendra de faire un bilan clinique et para-clinique, dont les résultats permettront la mise en oeuvre du traitement.

- un examen somatique complet est indispensable, afin d'éliminer une affection somatique grave
- on notera les chiffres tensionnels et le poids
- un examen gynécologique soigneux sera pratiqué : qui dans un premier temps éliminera un début de grossesse ignorée ou cachée par la femme, qui permettra d'apprécier le volume des ovaires et de l'utérus, l'état du col au spéculum, ou pourra éventuellement être amené à faire un test de Schiller. On n'omettra pas la palpation des seins.

Au terme de l'examen gynécologique on pratiquera des frottis vaginaux et cervicaux de dépistage systématique du cancer.

Au terme de l'examen clinique on demandera avant de prescrire :

1) une glycémie à jeun : les oestroprogestatifs jouent le rôle de facteur décompensant d'un diabète latent.
Si le résultat est douteux : à la limite supérieure de la normale on demandera une hyperglycémie provoquée par voie orale qui éventuellement pourra être sensibilisée par l'administration de cortisone.

.../...

Les résultats sont positifs si la glycémie est supérieure à 2g/l à la 60e minute et à 1,40g/l à la 120 minute.

2) On fera un dosage des lipides : du cholestérol et des triglycerides dont la normale est comprise entre 1 à 2g/l et des lipides totaux limite supérieure 8g/l.

a) Si tous les résultats sont normaux, rien ne s'oppose à la prescription d'un contraceptif oral. Il convient alors de surveiller régulièrement la femme :

- on pratiquera un examen clinique au bout du troisième mois après le début du traitement puis tous les six mois, les examens complémentaires seront faits tous les ans.

b) S'il existe une anomalie :

1) les frottis de dépistage sont suspects, on pratiquera un test de Schiller au lugol, un examen du col au colposcope, une biopsie du col : soit il s'agira d'un cancer invasif le traitement de celui-ci apportera par là même la solution au problème contraceptif ; soit il s'agit d'une inflammation et après le traitement de celle-ci et le retour à la normale de la muqueuse l'emploi des contraceptifs oraux redevient possible.

2) le dosage de la glycémie montre un diabète franc :
Pour certain, la majorité, l'existence d'un diabète est une contre-indication absolue aux oestroprogestatifs.
Pour d'autres, l'utilisation d'oestroprogestatifs faiblement dosés n'intervient pas sur l'équilibre du diabète.
En fait la décision du choix de la méthode contraceptive ne peut se faire qu'avec la collaboration du diabétologue.

3) les dosages des lipides perturbés : hypercholesterolémie hypertriglyceridemie contre-indique formellement l'utilisation d'un contraceptif oral ; celles-ci jouant un rôle prépondérant dans la formation de l'athérome et la génèse des accidents vasculaires. Si l'anomalie lipidique est discrète, un bilan sera demandé six semaines après le début du traitement, si les chiffres des nouveaux dosages restent inchangés on peut poursuivre le traitement si au contraire ils ont augmenté , il convient d'arrêter le traitement.

Si une anomalie se présente en cours de traitement il convient :

pour une anomalie des frottis d'adopter l'attitude décrite plus haut
pour une élévation franche de la glycémie et des lipides d'arrêter le traitement
pour une élévation discrète de refaire un bilan 3 mois après, et s'il montre une anomalie persistante, d'arrêter le traitement.

En fait, les contre-indications à l'emploi des oestroprogestatifs sont rares, les produits faiblement dosés modifient peu la physiologie féminine et n'induisent pas de modifications biologiques importantes s'il n'existe aucun facteur prédisposant.

Le choix entre le traitement associatif et le traitement séquentiel reste indépendant de facteurs personnels.

- le traitement associatif est souvent préféré au 1er cycle pour son maximum d'efficacité. La notion d'épisode intérique le fera également préféré pour son faible dosage en oestrogene.
- le traitement séquentiel est préféré dans les antécédents psychiatriques depressifs.
- le traitement continu 28 jours par les progestatifs seuls a l'avantage de faire disparaître les menstruations ce qui dans un certain nombre de cas représente un intérêt important surtout chez les femmes ayant des troubles psychologiques graves.

.../...

- une fois le choix fait il est bon de prévenir la femme d'un certain nombre d'effets secondaires qu'elle pourrait ressentir sans toutefois lui en faire une liste trop importante.

- on la surveillera régulièrement sur le plan clinique et paraclinique comme nous l'avons dit plus haut.

IIIe PARTIE

L'aspect psychologique et les oestroprogestatifs

Pour comprendre l'apparition des troubles psychologiques liés à la contraception orale, il convient d'examiner auparavant les troubles fréquemment observés chez la femme pendant sa vie sexuelle et ceux qui apparaissent avec les autres méthodes de contraception.

A) Troubles psychologiques observés pendant la période d'activité génitale de la femme

Ces troubles peuvent s'observer à toutes les étapes de la vie génitale, mais ils sont plus marqués à certaines périodes.

1) au cours de la phase prémenstruelle

Au cours de la deuxième partie du cycle, 36 à 40 % des femmes jeunes appartenant à un milieu social aisé et vivant en ville (44) voient leur caractère se modifier : elles deviennent plus irritables, plus anxieuses, plus instables. Chez certaines on note un sentiment de dépendance accrue, chez ces mêmes femmes on observe souvent une tendance dépressive plus ou moins marquée s'accompagnant volontiers d'une diminution de la libido. Chez d'autres on constate une augmentation de celle-ci.

Ces troubles psychologiques suivant les femmes sont soit isolés, ils ont été décrit sous le terme de "prémenstrual tension" par Greenhillet et Freed, soit ils sont associés à un certain nombre de signes physiques telle qu'une tension mammaire plus ou moins douloureuse, des signes abdominaux pelviens, une rétention hydrique se traduisant par une prise de poids de 1 ou 2 kg et un ballonnement abdominal (33).

Ce syndrome prémenstruel peut s'expliquer de différentes façons :

dans un certain nombre de cas les troubles psychologiques sont isolés et disparaissent dès les premiers jours des règles. L'attente anxieuse de celles-ci, par des femmes qui ont peur d'être enceinte, surtout si elles ont des cycles irréguliers, peut suffire à expliquer les troubles. Toutefois cette explication n'est pas suffisante à expliquer tout. Un substratum anatomique semble bien être responsable du syndrome prémenstruel.

Pour certains : ces troubles n'apparaissent que pendant la deuxième partie du cycle, lors de la phase progestative, la progestérone par son action sédative centrale, comme nous le verrons plus loin jouerait un rôle non négligeable dans l'apparition de ces troubles (Benedeck 30). Pour d'autres le syndrome prémenstruel serait lié à un hyperfolliculinisme due au pic du 15e jour (Dreyfus 44).

2) Les troubles psychologiques engendrés par la peur de la grossesse

Ces troubles peuvent aller de la simple irritabilité lors de la phase prémenstruelle à la décompensation d'une véritable névrose obsessionnelle surtout chez les femmes anxieuses et phobiques.

La hantise de la grossesse peut être ressentie très vivement chez une femme ayant déjà plusieurs enfants ou toutes les fois ou la venue d'un enfant apparait pour la femme ou pour le couple comme une catastrophe. En fait l'attitude de l'homme est en général bien définie vis à vis d'une éventuelle naissance, il n'en est pas de même pour la femme, dont l'attitude est souvent ambivalente vis à vis de la grossesse faite à la fois de la crainte consciente et du désir inconscient d'une maternité (57).

Chez certaines femmes de caractère rigide et ayant des traits obsessionnels, on pourra voir apparaître la décompensation d'une véritable névrose obsessionnelle latente conduisant alors les femmes à refuser toute vie sexuelle, et au maximum créant un véritable état dépressif avec une inhibition totale de la pensée entièrement envahie par cette idée prévalente : "je vais être enceinte".

.../...

En fait le plus souvent le tableau est moins sévère se ramenant à une conduite plus rationnelle, mais ou l'irritabilité et la tendance dépressive ne mettent pas moins en jeu l'harmonie psychologique de la femme et pas contre coup celle du couple.

3) Les troubles psychologiques liés aux règles

Nous n'envisagerons dans ce paragraphe que les troubles engendrés par les règles pendant la période d'activité génitale, et non ceux qui apparaissent lors des premières règles, ou ceux engendrés à la période préménopausique quoique ceux-ci d'une certaine façon rentrent dans le cas des règles irrégulières dont nous allons envisager l'aspect.

En effet les femmes aux cycles irréguliers sont plus facilement prédisposées à redouter une éventuelle grossesse toutes les fois où leur cycle dépasse vingt huit jours ; par ce fait un bon nombre supporte très mal cette hantise tous les mois où la régularité dans l'apparition des règles manque pour les rassurer.

Le problème des dysménorrhées essentielles,(44) lorsque toute cause organique a été supprimée par un examen complet, relève le plus souvent de facteurs psychologiques souvent liés à un mode d'éducation assez rigide, et à un refus plus ou moins inconscient de la feminité.(43) Ces dysménorrhées réagissent généralement bien à la contraception orale.(45)

4) Troubles psychologiques liés au post partum

Au cours du post partum deux types d'accidents peuvent survenir sur le plan psychique :

- une psychose purpérale
- un syndrome dépressif

Le syndrome dépressif : son intensité est variable allant des simples réactions dépressives : crises de larmes, troubles modérés du sommeil, envie de ne rien faire ; à un tableau cogné avec parfois tentative d'autolyse (54)

Ce syndrome dépressif est lié d'une part à une reprise trop rapide par la femme de ses activités qu'elle n'arrive pas à mener à bien, après une réaction précoce de bien être qui incite la femme à reprendre trop vite ses activités ; et d'autre part aux modifications hormonales pendant cette période. En effet après la chute brutale, lors de l'accouchement des taux hormonaux, le rétablissement à la normale se fait lentement ce qui explique pour certains la réponse de l'organisme sur une mode dépressif.

Les psychoses purpérales surviennent brutalement pendant le post partum le plus souvent à type d'épisode aïgue ne laissant en règle aucune séquelle derrières elles. (54)

5) Troubles psychologiques liés à la libido

Les difficultés éprouvées par un bon nombre de femmes et de couples à assumer leur vie sexuelle, difficultés engendrées par le mode d'éducation, par les interdits de la société, par l' agression quotidienne de la sexualité dans la vie moderne, vont engendrer des troubles psychologiques plus ou moins importants, suivant la fragilité personnelle de chaque femme.

Une frigidité, un vaginisme ou une dyspareunie sont souvent mis en avant, Leur origine est variable pouvant être liée : soit à la peur d'une grossesse non désirée ces manifestations disparaissant en règle lors d'une contraception orale qui en supprime la cause ; soit ces troubles traduisent un conflit profond pouvant soit être un conflit inconscient avec le partenaire, soit lié à une série de conflits au niveau de l'intégration de la vie sexuelle et du "Moi". Ces conflits sont nés à la suite du vécu antérieur des relations fille-père et fille-mère lors de l'enfance de la femme. Ces troubles relèvent alors d'une prise de conscience des conflits, prise de conscience seule qui permettra leur disparition. Dans ces cas la contraception orale, modifiant les rapports conscients et inconscients de l'intégration de la vie sexuelle et du "Moi", donne des résultats imprévisibles pouvant majorer ou diminuer les troubles.

d) Rôle de l'église catholique :

Au niveau de la population française qui est en majorité catholique, l'attitude de l'église catholique qui a condamné l'usage des contraceptifs oraux par l'encyclique ''humanae vitae'' du pape Paul VI, culpabilise un bon nombre de femmes et de couples, ou leur posant des problèmes de conscience douloureux, qui peuvent arriver à créer un déséquilibre psychologique. En effet l'interdiction de l'église catholique de toutes les méthodes contraceptives autres que l'abstinence, se basant sur le fait que c'est la seule méthode naturelle, fait apparaître ce qui est assimilé par l'inconscient collectif comme bon ce qui est naturel, c'est à dire : élever un enfant, l'amour, la famille. Dans ces conditions empêcher la naissance d'un enfant par une contraception est anti-naturel donc mauvais.

e) Rôle du médecin prescripteur :

Il faut signaler à ce niveau le rôle du médecin prescripteur. On peut reprendre la classification de H.M. Wolfrom (50) de 4 types de médecins prescripteurs :

1°) Les opposants chez lesquels jouent les problèmes d'ordre religieux, démographiques et souvent chez lesquels l'homme passe avant le thérapeute et refusent la contraception orale qui les devalorisent en tant qu'homme.

2°) Les indifférents.

3°) Les avocats de la contraception que l'on peut diviser en deux groupes :

a) ceux partisants des vieilles méthodes, appartenant le plus souvent à l'ancienne génération qui proposent sans ordonner, ce que la femme ressent très bien. Cette réticence à la contraception orale perçue par la femme sera souvent dominante dans le refus de celle-ci, soit le refus est exprimé clairement la femme repart déçue et reste aux anciennes méthodes ; soit ce refus ne s'exprime qu'inconsciemment et sera source de troubles divers qui justifieront la demande de la femme à son médecin de lui arrêter les contraceptifs oraux.

b) Enfin ceux de la nouvelle génération qui sont favorables à la contraception orale, qui sont à la fois informateurs et formateurs. Leur attitude bienveillante rassure et déculpabilise la femme. Toutefois il convient de noter que l'attitude bienveillante du médecin est rare.

f) Rôle de l'efficacité absolue des contraceptifs oraux

L'efficacité même de la "pilule" voisine de 100 % est responsable de certains troubles psychologiques. En effet beaucoup de femmes ont une attitude ambivalente vis à vis de la maternité, elles redoutent et à la fois désirent un enfant, le désir est le plus souvent inconscient, alors que consciemment la femme le refuse pour des problèmes le plus souvent d'ordre matériel, mais souhaite qu'un accident soit possible. La sécurité absolue chez ces femmes est mal supportée. (57)

Pour un certain nombre de femmes la contraception orale est souvent ressentie comme une atteinte à l'intégrité corporelle : la contraception orale est assimilée à une castration (47). En plus elles sont inquiètes pour leur fertilité ultérieure ; en effet chez ces femmes la notion de fertilité est liée à l'estime d'elle-même. On observe chez ces femmes les mêmes troubles que chez les femmes ménopausées ou hystérectomisées. L'enfant étant pour elles une gratification personnelle, ces femmes ne sont jamais mieux que lorsqu'elles sont enceintes. La contraception orale, dans ces conditions devient pour ces femmes, une frustation importante pouvant entraîner un syndrome dépressif.

.../...

En fait un bon nombre de femmes éprouvent des difficultés à assumer leur vie sexuelle, en raison de la déficience fréquente du conjoint à jouer vis à vis de celle-ci le rôle protecteur dont elles ont besoin, et les laissant se débrouiller seules. En apparence ces femmes bien motivées pour une contraception orale présentent souvent une décompensation de leurs troubles, décompensation motivée par la prise de conscience de l'abandon relatif sur le plan psychologique du conjoint, chez ces femmes très dépendantes. (31)

En fait le problème des troubles psychologiques liés à la libido est un problème particulier à chaque femme et à chaque couple ; il convient donc de s'en souvenir avant d'entreprendre avec prudence une contraception orale, lorsqu'elle est demandée, sous peine de s'exposer aux griefs de la femme et de l'homme.

Avant d'envisager les problèmes psychologiques liés à la contraception orale, il convient d'examiner ceux engendrés par la contraception en elle-même quelle que soit la méthode employée.

6) Troubles psychologiques liés aux différentes méthodes contraceptives

Quelle que soit la méthode contraceptive, en dehors de la contraception orale et des dispositifs intra-utérins, le rôle du conjoint est important ou primordial : le couple est impliqué.

Soit le rôle du conjoint est le plus important voire le seul comme dans les méthodes suivantes : utilisation de préservatifs, coït interrompu ou réservé. En général les femmes s'en accordent bien, sauf si elles n'ont que des rapports épisodiques avec des partenaires changeants, bien que souvent elles se comportent vis à vis de ceux-ci comme des femmes mariées, et se trouvent satisfaites de cette méthode. Au niveau du couple, la dépendance totale de la femme est conforme à l'éthique de la société. Comme le note H.M. Wolffrom (50) le mari qui assume pleinement une contraception n'envoie pas sa femme consulter. Toutefois il convient de rappeler comme l'avait déjà noté Freud le rôle néfaste pour l'homme et même la femme du coït interrompu (39). Toutefois un certain nombre de femmes, d'esprit indépendant accepte difficilement de dépendre du bon plaisir du conjoint. Chez ces femmes il est fréquent de les voir se réfugier dans un refus de l'acte sexuel, qui est leur mode de revendication vis à vis du partenaire, et arrive par ce biais à une situation de conflit intérieur. Souvent également, on les voit demander en cachette du mari, une méthode de contraception purement féminine (62).

Soit le couple est impliqué : Toutes les méthodes féminines à type de diaphragme, de cape cervicale, de spermicides, se doublent le plus souvent d'une abstinence partielle pendant la période fécondable. La femme se réfugie souvent dans le refus de l'acte sexuel alléguant la peur de la grossesse, refus qui n'est le plus souvent que la traduction du conflit avec le partenaire.

En outre les méthodes féminines sont souvent source de répugnance pour la femme car elles ne sont pas poétiques et surtout elles vont à l'encontre du tabou du toucher ; un bon nombre de femmes refusent d'emblée de les employer en alléguant : "je ne pourrai jamais c'est trop difficile", d'autres les acceptent puis s'arrêtent au bout de quelque temps, en se plaignant d'un nombre de troubles variables pouvant être une réaction dépressive ou une somatisation à type de vaginisme, dyspareunie, ou de toutes autres sortes de troubles, afin d'amener le médecin prescripteur à reconnaître que cela ne leur convient pas, et par la même se déculpabiliser d'arrêter ces méthodes puisque ce n'est plus elles qui veulent arrêter, mais leur état qui conduit le médecin à les faire arrêter cette méthode contraceptive.

Certaines même, arrêtent sans le dire, deviennent enceinte et vont narguer le médecin prescripteur et leur conjoint en rejetant sur eux le fait qu'elles sont enceintes. Ce mode de revendication et de déculpabilisation vis à vis de la contraception n'est pas rare.

.../...

Les motifs du choix de la méthode contraceptive dépendent de plusieurs facteurs : soit la femme est très dépendante et demande une attitude hyperprotectrice, elle laisse l'homme assumer toute la responsabilité de la contraception. Soit la femme est plus indépendante et le couple assume la contraception ensemble En fait un bon nombre de couples sont incapables d'assumer une contraception efficace car trop contraignante et préfèrent l'avortement. (50)

Le choix de la méthode dépend de l'âge de la femme, de son caractère, de son niveau socio-culturel, de sa relation avec son partenaire, des antécédents de sa vie du couple :

- l'existence d'enfants non désirés
- du nombre d'enfants. Au delà de cinq, tout nouvel enfant est bien accepté en général
- de l'existence d'avortements provoqués : une femme sans antécédents d'avortement provoqué est plus favorable à la contraception, bien souvent les femmes ayant pratiqué des avortements provoqués préfèrent ce type de limitation de naissance à toute méthode contraceptive.

On constate que le choix des méthodes contraceptives dans les pays à haut niveau de vie, dépend également du conditionnement éthique de la femme.

Dans les pays où l'image de la femme docile et soumise domine comme en Allemagne ou en France, les femmes préfèrent les méthodes où le rôle de l'homme est prépondérant.

Dans les pays où cette image n'existe pas ou au contraire les femmes sont indépendantes comme aux U.S.A. ou en Angleterre les femmes préfèrent les méthodes où elles sont directement impliquées comme le diaphragme, le stérilet ou les contraceptifs oraux. (36)

En fait le choix de la méthode contraceptive est très motivé parfois, souvent c'est le laisser-faire. Les femmes désirent en majorité une méthode non contraignante facile et poétique et relativement efficace : c'est le cas des dispositifs intra-utérins. Ils engendrent en règle peu de troubles psychologiques si l'indication de la contraception a été bien posée ; car les femmes n'y pensent pas. Les troubles s'observent chez des femmes très anxieuses qui ont peur de perdre leur stérilet à tout moment. Leur inconvénient majeur est l'impossibilité de le poser dans certains cas précis en particulier chez les nullipares et le risque relativement élevé d'accidents : c'est à dire de grossesse par rapport aux contraceptifs oraux. Chez les femmes incapables de discipline cette méthode est préférable.

L'efficacité totale guide un certain nombre de femmes, mais elle n'est pas toujours souhaitée à 100 % ; un accident étant souvent le bienvenu. (57)

Les femmes ou les couples qui décident d'une contraception orale sont le plus souvent motivés par leur caractère, par l'échec des autres méthodes et par le médecin prescripteur.

.../...

Utilisation et choix des méthodes contraceptives (1) d'après Tableau H.M. Wolffrom (51)

Fonction de l'âge :

21 à 30 ans	54 %	des femmes pratiquent une contraception
31 à 40 ans	34 %	
Plus de 40 ans	7 %	
Moins de 21 ans	5 %	

Fonction du nombre d'enfants :

2 ou 3	36 %
pas d'enfant	33 %
1	22 %
plus de 3	9 %

les mères de famille nombreuse ne s'occupent pas de contraception

Fonction du nombre d'accidents : accidents = enfant non désirés
avortement provoqué

Aucun	43 %
1	30 %
2 et plus	27 %

Fonction du milieu social :

Bourgeoisie	47 %
Petite bourgeoisie	45 %
Ouvrière	8 %
Paysannes	0 %

Choix des méthodes contraceptives d'après H.M. Wolffrom

- Obturateurs 39 %
- Progestagene 20 %
- Retrait 13 %
- Ogino et courbe température 7 %
- Préservatifs masculins 3 %
- Irrigation vaginale 1 %
- Gel spermicide 1 %
- S'opposant à toutes les méthodes 16 %

- Préférence des différentes méthodes

Méthodes	Age				PERSONNALITE	
	Mineures	21 à 30	31 à 40	+ 40	Normale	Névrosée
Obsturateurs	58 %	45 %	33 %	25 %	54 %	24 %
Oestroprogestagene		19 %	17 %	29 %	12 %	28 %
Retrait		12 %	15 %		11 %	15 %
Ogino et courbe température			8 %			
Opposantes					12 %	20 %

Nombre de femmes : 550

Normales : 63 %

Névrosées : 37 %

L'utilisation des méthodes contraceptives dépend donc de nombreux facteurs. Il ressort de ce tableau que ce sont les femmes jeunes âgées de 20 à 30 ans n'ayant pas d'enfant ou peu, qui n'ont jamais eu d'avortement provoqué, de milieu social aisé qui utilisent le plus les méthodes contraceptives. Tableau 1

Le choix de la méthode contraceptive :

En France les femmes préfèrent utiliser comme moyen contraceptif féminin les moyens mécaniques, en particulier, les femmes jeunes.

Les femmes plus âgées préfèrent utiliser les contraceptifs oraux.

D'autre part les contraceptifs oraux sont plus utilisés par les femmes ayant des troubles de la personnalité à type de névrose.

Il convient néanmoins de constater que c'est également parmi les névrosées que l'on trouve le plus de femmes opposantes à toutes méthodes contraceptives. Tableau 2

B) Apparition des troubles psychologiques sous contraceptifs oraux

Les troubles psychologiques sont de différents types, ils sont favorisés au départ par un bon nombre de facteurs extérieurs. Pour qu'une femme supporte bien psychologiquement la contraception orale il faut qu'elle soit suffisamment motivée pour celle-ci et qu'en plus elle jouisse d'un bon équilibre psychique. Nous envisagerons donc en premier lieu les facteurs défavorisants au départ, devant lesquels la femme a à faire face lors qu'elle envisage d'entreprendre une contraception orale.

1) Les facteurs favorisants l'apparition des troubles psychologiques

Ils sont nombreux et créent au départ un sérieux handicap à l'acceptation de la contraception orale.

a) l'absence de la participation masculine : en effet la contraception orale ne nécessite pas la participation de l'homme (59) L'absence de l'homme dans le rôle de la contraception est souvent mal accepté tant par l'homme lui-même qui parfois va jusqu'à adresser des reproches très vifs au médecin prescripteur; tant par la femme qui marquée par un mode d'éducation basée sur la soumission à l'homme, n'arrive pas à admettre que sa seule volonté soit primordiale dans ce domaine, et l'investit comme un abandon de la part de l'homme.(30) Elle revendique alors souvent comme motif de refus : "Mon mari ne veut pas, il dit que c'est pour les femmes de mauvaise vie". Si on interroge le mari, on s'aperçoit que celui-ci n'a jamais rien dit de tel, et qu'en fait cela l'indifère. En fait nous reviendrons un peu plus loin sur les modifications que la contraception orale apporte dans les rapports du couple.

b) Rôle de la grande presse :
La grande presse en mettant en avant les risques : cancérigènes de frigidité et de stérilité, de prise de poids -(cet élément est souvent primordial dans la société actuelle où l'image idéale de la femme est celle de la morphologie des mannequins)- effraye les femmes. Souvent à la suite d'une de ces campagnes de presse on voit apparaître toute une série de troubles chez les femmes qui jusque là supportaient très bien les contraceptifs oraux. L'apparition des troubles est la traduction de leur angoisse.

c) Rôle du gouvernement :
La décision gouvernementale de mettre les contraceptifs oraux à un tableau spécial semblable à celui des stupéfiants ; avec institution d'un carnet à souches, créé chez les femmes un important sentiment de culpabilité et l'impression qu'elles sont des parias mises en fiche par la société. Cette attitude amène les femmes à se considérer comme anti-sociales, ce qui est difficilement supportable pour des femmes souvent fragiles et mal intégrées.

d) Rôle de l'église catholique :

Au niveau de la population française qui est en majorité catholique, l'attitude de l'église catholique qui a condamné l'usage des contraceptifs oraux par l'encyclique "humanae vitae" du pape Paul VI, culpabilise un bon nombre de femmes et de couples, ou leur posant des problèmes de conscience douloureux, qui peuvent arriver à créer un déséquilibre psychologique. En effet l'interdiction de l'église catholique de toutes les méthodes contraceptives autres que l'abstinence, se basant sur le fait que c'est la seule méthode naturelle, fait apparaître ce qui est assimilé par l'inconscient collectif comme bon ce qui est naturel, c'est à dire : élever un enfant, l'amour, la famille. Dans ces conditions empêcher la naissance d'un enfant par une contraception est anti-naturel donc mauvais.

e) Rôle du médecin prescripteur :

Il faut signaler à ce niveau le rôle du médecin prescripteur. On peut reprendre la classification de H.M. Wolfrom (50) de 4 types de médecins prescripteurs :

1°) Les opposants chez lesquels jouent les problèmes d'ordre religieux, démographiques et souvent chez lesquels l'homme passe avant le thérapeute et refusent la contraception orale qui les devalorisent en tant qu'homme.

2°) Les indifférents.

3°) Les avocats de la contraception que l'on peut diviser en deux groupes :

a) ceux partisants des vieilles méthodes, appartenant le plus souvent à l'ancienne génération qui proposent sans ordonner, ce que la femme ressent très bien. Cette réticence à la contraception orale perçue par la femme sera souvent dominante dans le refus de celle-ci, soit le refus est exprimé clairement la femme repart déçue et reste aux anciennes méthodes ; soit ce refus ne s'exprime qu'inconsciemment et sera source de troubles divers qui justifieront la demande de la femme à son médecin de lui arrêter les contraceptifs oraux.

b) Enfin ceux de la nouvelle génération qui sont favorables à la contraception orale, qui sont à la fois informateurs et formateurs. Leur attitude bienveillante rassure et déculpabilise la femme. Toutefois il convient de noter que l'attitude bienveillante du médecin est rare.

f) Rôle de l'efficacité absolue des contraceptifs oraux

L'efficacité même de la "pilule" voisine de 100 % est responsable de certains troubles psychologiques. En effet beaucoup de femmes ont une attitude ambivalente vis à vis de la maternité, elles redoutent et à la fois désirent un enfant, le désir est le plus souvent inconscient, alors que consciemment la femme le refuse pour des problèmes le plus souvent d'ordre matériel, mais souhaite qu'un accident soit possible. La sécurité absolue chez ces femmes est mal supportée. (57)

Pour un certain nombre de femmes la contraception orale est souvent ressentie comme une atteinte à l'intégrité corporelle : la contraception orale est assimilée à une castration (47). En plus elles sont inquiètes pour leur fertilité ultérieure ; en effet chez ces femmes la notion de fertilité est liée à l'estime d'elle-même. On observe chez ces femmes les mêmes troubles que chez les femmes ménopausées ou hystérectomisées. L'enfant étant pour elles une gratification personnelle, ces femmes ne sont jamais mieux que lorsqu'elles sont enceintes. La contraception orale, dans ces conditions devient pour ces femmes, une frustation importante pouvant entraîner un syndrome dépressif.

.../...

Il existe donc au départ un bon nombre de facteurs défavorables auxquels la femme doit faire face, lorsqu'elle entreprend une contraception orale. Ce qui demande un équilibre psychologique important et une bonne harmonie au niveau du couple, d'autant plus que la contraception orale entraîne d'importantes modifications au niveau du couple, modifications qui peuvent être à l'origine de troubles psychologiques importants.

2) Troubles liés à la modification des relations à l'intérieur du couple

Il convient d'envisager maintenant les modifications du mode relationnel qu'introduisent les contraceptifs oraux dans l'harmonie présumée préexistante du couple ou le plus souvent dans le compromis antérieur. On envisagera également les troubles psycho-affectifs qui peuvent découler de ces modifications.

On envisagera tout d'abord :

a) L'aspect bénéfique de la contraception orale sur le plan psychologique de l'harmonie du couple :

- La contraception orale par son efficacité voisine de 100 % libère le couple de la peur d'une grossesse non désirée(46). La libération de la femme très anxieuse, qui avait une conduite névrotique consécutive à cette peur, permet au couple de retrouver un certain équilibre, en permettant à la femme d'avoir de nouveau des relations sexuelles normales avec son conjoint. Par ce fait il s'établit à l'intérieur du couple un nouveau mode de relations où la tendresse et l'équilibre prennent une plus grande place ; ce qui permet souvent à ces couples d'aborder les autres problèmes et d'aboutir à un épanouissement humain plus important.

- Par ailleurs il faut noter le rôle équilibrant de la contraception orale qui fait disparaître les déséquilibres psychologiques importants et souvent graves nés à la suite d'avortements provoqués répétés qui en entraînant souvent une frigidité mal supportée et un sentiment de culpabilité intense de la femme détruisent irrémédiablement l'équilibre du couple en détruisant celui de la femme.(54)

En fait les modifications du mode relationnel du couple apportées par la contraception orale portent plus particulièrement sur une modification de la libido de l'un ou des deux partenaires.

b) Modifications entraînées par celles de la libido :

On envisagera en premier lieu les modifications au niveau de l'homme, puis au niveau de la femme.

1) Au niveau de l'homme :

Le rôle de l'éducation et les mythes sociaux conditionnent en grande partie l'acceptabilité par l'homme de la prise de "pilules" par sa partenaire.

Depuis des dizaines et des dizaines de générations l'homme a toujours eu l'intime conviction d'être supérieur à la femme. En outre la tradition judéo-chrétienne de la civilisation européenne va en renforçant ce sentiment, en ordonnant et en prêchant la soumission de la femme, dans tous les domaines et particulièrement dans le domaine sexuel.

L'homme faisait les enfants à la femme et la tenait dans cette crainte.(43)

Depuis les deux dernières guerres où les femmes ont du remplacer les hommes aux travaux réputés masculins, une libération progressive de la femme s'est faite. Cette libération a entraîné sur le plan psycho-affectif de l'homme un traumatisme important. Il est descendu de son piedestal, et sa peur de la femme a été ravivéece qui entraîne une certaine fragilité psycho-affective de ce dernier. Mais il restait encore à l'homme, le pouvoir d'imposer à sa femme des enfants.

.../...

Aujourd'hui où la femme grâce à la contraception orale peut disposer d'elle-même par rapport à la venue d'un enfant, il ne reste plus rien de réel à l'homme de sa supériorité, bien que le mythe de celle-ci persiste tant dans l'esprit masculin que chez un bon nombre de femmes.

De cette situation contradictoire pour l'homme croyant à sa supériorité et où celle-ci dans la vie de chaque jour est refutée par les évènements, nait une source de conflits pour l'homme. La peur de la femme en particulier sur le plan sexuel est réactivée, l'homme n'est plus sûr de lui-même et doute de sa virilité. Il résulte de cette situation une modification du comportement de l'homme qui se traduit soit par :

- un comportement hyperviril et hypersexuel de l'homme avec un développement de son agressivité pour masquer sa propre fragilité et sa peur;
- soit par un comportement à type de fuite en avant qui peut se traduire de différentes façons.

La fuite peut se traduire par une impuissance réelle ; la littérature rapporte un certain nombre de cas d'impuissance de l'homme à la suite de la prise de "pilules" par la femme. Auparavant, pour ces hommes, la peur de la femme était bien supportée, l'agressivité leur permettait de soumettre la femme et de la terroriser par la peur de la grossesse. La "pilule" en ne permettant plus à l'agressivité de se décharger, donc ne pouvant plus jouer son rôle sécurisant, le conflit devient tel que la seule voie de sortie pour eux est l'impuissance : se sentant coupables, ils se castrent symboliquement et escamotent par ce biais le problème.

Ailleurs l'homme déchargera son agressivité vis à vis de la "pilule" qui rend la femme son égal sur le plan sexuel en la dévalorisant. Il n'est pas rare que l'homme le plus courtois se mette à traiter sa femme de "putain" lorsqu'il découvre qu'elle prend des contraceptifs oraux. En la dévalorisant il se libère ainsi de son angoisse en déchargeant son agressivité sur ce qui lui fait peur.

C'est à peu près la même attitude que celles des bandes d'adolescents qui n'osent aborder une fille qu'à plusieurs et qu'en la traitant comme un objet vil, par ce biais ils sont rassurés.

Ailleurs on note quelque fois de la part de l'homme une décharge de son agressivité vis à vis du médecin prescripteur, allant des simples paroles aux gestes plus rarement.

La contraception orale n'est pas toujours bien vécue par les hommes. Lorsque le vécu masculin est négatif, il n'est pas rare de voir les femmes arrêter le traitement sur la demande de leur conjoint ou bien de développer des effets secondaires tels qu'ils leur permettent de demander l'arrêt du traitement sans avoir l'impression d'avoir cédé au bon plaisir de leur conjoint (51)

Les modifications du mode relationnel entraîné par les contraceptifs oraux sont plus importants encore au niveau de la femme.

2) Au niveau de la femme :

Le comportement de la femme vis à vis de la contraception orale s'il est en apparence rationalisé dépend en grande partie des processus inconscients. L'action de ceux-ci sur la libido de la femme sous contraceptifs oraux est très importante et agit dans les deux sens. Pour Pincus(56) il n'y a pas de changement significatif de la libido sous pilule. Pour Aresin (51) la libido est augmentée dans 4 % des cas et diminuée également dans 4 % des cas.

.../...

On envisagera en premier le retentissement sur le couple de l'augmentation de la libido de la femme et les raisons de celle-ci.

a) Augmentation de la libido

La pilule en faisant disparaître la peur de la grossesse, fait également disparaître la frigidité de certaines femmes, due à cette seule peur. Ces femmes ainsi libérées de cette angoisse, peuvent s'exprimer librement et leur besoin sexuel et leur faculté d'atteindre l'orgasme auparavant freiné par la peur s'accroit. (46)

Au niveau du couple, un problème apparaît si les besoins des deux partenaires ne sont plus en harmonie. L'homme habitué auparavant au faible désir de sa partenaire soit s'en trouvait bien ayant lui-même peu de désir, soit le supportait difficilement, dans cette dernière situation, le problème disparait. Ailleurs le surcroit de besoin de sa partenaire va le traumatiser en lui faisant prendre conscience de son peu de besoin, ce qui l'amènera d'une part à douter de sa virilité et d'autre part à une situation conflictuelle importante qui pourra au maximum détruire toute l'harmonie du couple dans le domaine sexuel qui était basé auparavant sur un "baroud d'honneur" qui suffisait à l'homme à affirmer sa virilité.

En fait l'accroissement du désir sexuel de la femme pose souvent peu de problèmes au couple. Il n'en est pas de même de la diminution de ce désir.

b) La diminution de la libido

Les origines de la baisse de la libido de la femme sous "pilule" sont nombreuses. On trouve : la peur de la perte de l'identité.

Ces femmes mettent sur le compte des hormones toutes leurs réactions affectives et instinctuelles. La prise de "pilules" peut être ressentie par celles-ci comme un moyen pour les obliger à emprunter la voie de la féminité qu'elles vivent comme un conflit. Pour refuser cette féminité imposée, elles deviennent frigides, afin de rester elles-mêmes. (47)

Ailleurs la sécurité absolue de la "pilule" enlevant le risque "d'accident" enlève par la même occasion le sentiment de risque ; or certaines femmes ne peuvent avoir de plaisir que si le risque d'une grossesse existe (48). En fait l'enfant est désiré comme élément revalorisant de l'acte sexuel. Pour celles-ci, l'acte sexuel sans risque est dévalorisé, et est considéré comme un péché dont elles se punissent en devenant frigides, puisque la grossesse qui est la pénitence ou péché est devenu impossible.

Pour d'autres, l'enfant est investi comme un substitut du penis dans ces conditions les contraceptifs oraux empêchant une nouvelle grossesse donc empêchant d'obtenir l'objet revalorisant leur Moi, réactive le complexe de castration de la femme, celle-ci prend la fuite dans la frigidité (60).

Le problème au niveau du couple pour ces femmes dont les besoins sont diminués ou qui deviennent frigides se situe dans le fait que la femme n'a plus comme argument pour refuser l'acte sexuel d'alléguer la peur d'une grossesse. Le partenaire devant l'absence de motifs rationnels de refus, n'accepte souvent pas cette situation.

.../...

Il en résulte une source de conflits à l'intérieur du couple. Par ailleurs, certaines femmes deviennent frigides par auto-punition : en effet la disparition du motif de refus fait apparaître un conflit qui était latent et souvent inconscient avec le partenaire. (31)

En fait il ressort qu'au niveau des relations du couple, la "pilule" sert de catalyseur en réactivant ou en faisant surgir de l'ombre une série de phantasmes ou de conflits latents entre les partenaires qui deviennent mal supportés à l'occasion de changement de comportement.

Il reste encore à examiner les problèmes psycho-affectifs posés par la responsabilité et la liberté sexuelle de la femme à la prise de contraceptif oraux.

Les contraceptifs oraux donnent à la femme le pouvoir de se mettre audessus des lois biologiques de la fécondité inévitable consécutive aux rapports sexuels, et audessus des conventions sociales. Ce pouvoir entraine avec lui la responsabilité propre de la femme à disposer d'elle-même par rapport à la venue d'un enfant. Cette responsabilité n'est pas toujours bien supportée ni bien acceptée et peut donc entraîner des troubles psycho-affectifs importants.

Certaines femmes en particulier celles ayant une structure schizoïde redoutent cette liberté sexuelle que leur donne la "pilule". En effet leur difficulté importante dans le domaine de la tendresse et leur grande insécurité affective les conduisent souvent à une conduite instinctuelle d'une grande acuité aboutissant souvent pour celles-ci à rechercher sexuellement le premier venu. Seule la peur de la grossesse retenait un certain nombre de ces femmes, aussi lorsqu'elles prennent la "pilule" elles acceptent difficilement cette liberté qui bien qu'en les déchargeant de leur tension instinctuelle, augmente leur sentiment d'insécurité due à l'absence de relations stables avec un partenaire. En fait cette liberté a disposer d'elles-mêmes les culpabilisent.

D'autre part, la notion de fidélité conjugale est une notion très enracinée dans la mentalité collective de notre société. Certaines femmes qui ne restaient fidèles que par la peur des conséquences, redoutent la possibilité éventuelle que leur donne la "pilule". Le tabou de la fidélité conjugale restant le plus fort, elles vivent dans la hantise de le transgresser, ce qui pourra être la source d'un certain nombre de troubles psycho-affectifs. Le problème de la liberté sexuelle que permet les contraceptifs oraux dépend également de nombreux interdits moraux et religieux qu'il n'est pas facile à un grand nombre de femmes de transgresser sans se sentir coupables. En fait dans notre société où l'on revendique le droit au plaisir, la femme apparaît le plus souvent très désarmée et incapable de l'assumer. La liberté sexuelle et la responsabilité propre de la femme lui sont souvent trop lourds à supporter d'où la fuite dans divers troubles psycho-affectifs.
En fait il apparait à la suite de cette énumération non limitative des divers troubles psycho-affectifs qu'entraînent les contraceptifs oraux dans le mode relationnel des couples que la "pilule" est le médicament le plus porteur de phantasmes et réveille un bon nombre d'interdits sexuels.

.../...

Ce qui fait que les femmes utilisatrices de la "pilule" ne représentent que 6 % en France de la population féminine en âge de procréer. En outre cette population féminine est bien particulière : il s'agit de femmes indépendantes vivant en milieu urbain où le degré de libération est le plus grand, et d'un milieu social élevé à pouvoir d'achat supérieur à la moyenne. En fait il s'agit de femmes qui ont moins besoin que les autres d'une contraception efficace.

IIIe PARTIE

Pilule et dépression.

Il convient maintenant d'envisager le problème posé par les syndromes dépressifs observés sous contraception orale. Sous ce terme on désigne l'ensemble des réactions dépressives, pouvant être minimes ou bien réaliser un tableau sévère justifiant une hospitalisation.

En un premier temps on examinera la proportion de ces réactions observés par les différents auteurs.

A) Importance quantitative des réactions dépressives.

1) Pourcentage rencontré suivant les différents auteurs

Le pourcentage des réactions dépressives varie suivant les médecins qui interrogent les patientes, dans la mesure où leur comportement permmissif ou bien répressif conditionne indirectement la réponse de leurs patientes. En plus chaque médecin évalue différemment les réactions dépressives : certains ne classent sous ce terme que les dépressions graves, d'autres englobent toutes les réactions dépressives même minimes.

Le pourcentage des réactions dépressives varie suivant les auteurs de 50 % à 2 %. En fait il ressort actuellement comme pourcentage valable des réactions dépressives importantes en chiffre compris entre 5 et 2 %.

a) Rôle de l'âge :

Il ressort des différentes études que les réactions dépressives varient en fonction de l'âge de la patiente. Les réactions dépressives s'observent plus volontiers chez les femmes âgées de 35 à 40 ans. Elle sont moindre chez les femmes plus jeunes de même que chez les femmes plus âgées ; comme l'a montré Hezberg dans son étude sur les variations de l'échelle dépressive ou M M P I. (voir tableau).

b) Rôle de la durée du traitement

Par ailleurs on observe une nette diminution des réactions dépressives après un an de traitement. Le pourcentage est alors très faible (80).

2) Signes cliniques des réactions dépressives.

On peut classer les différents symptomes en deux catégories. D'une part les accidents bénins et d'autre part les accidents graves, pouvant au maximum aboutir à une tentative d'autolyse.

a) Les différents symptomes.

On étudiera en premier lieu les accidents bénins.

1) Accidents benins.

Le syndrome suggestif des réactions dépressives de faible intensité comprend :
une plus grande fatigabilité, une augmentation de la réponse émotionnelle des patientes devant les évenements extérieurs, une plus grande irritabilité un dégout modéré pour les occupations usuelles. D'autre part on note également chez ces femmes le sentiment d'être déprimée, un sentiment d'infériorité souvent réactivée, une certaine difficulté à travailler. Surtout on observe une augmentation fréquente de l'anxiété chez ces patientes à propos du futur. L'anxiété se manifeste par des frayeurs inexpliquées et sur le plan somatique par des palpitations, une difficulté à respirer, la sensation d'une boule dans la gorge. Enfin il existe souvent associé à ces troubles des troubles du sommeil à type d'insomnie ou de difficulté d'endormissement.

En fait toutes les réactions décrites sont le plus souvent isolées ou bien on en observe une ou deux, de toute façon leur intensité est faible. Les véritables états dépressifs sont rares, mais les troubles du caractères sont fréquents en particulier au niveau du mode relationnel avec l'entourage (75).

2) les accidents graves.

Ce sont les vrais syndromes dépressifs sévères Leur pourcentage est faible de 2 à 5 %. Ces syndromes dépressifs avec quelques tentatives d'autolyse nécessitent un traitement voire même une hospitalisation, ils s'accompagnent en règle d'un syndrome physique associé plus ou moins prononcé.

Pourcentage des réactions dépressives
suivant les différents auteurs.

Auteurs	Réactions dépressives	Tentative d'antolyse
Nilson en 1967	17 %	2 cas
Hezberg 1970	6,6 %	
Zell et Crisp	20 % la 1e année 5 % après	
Wearing	16 %	
Glick	5 %	
Moos	10 %	2 cas
Bakker et Lightman	30 %	
Lewis	2 à 5 %	
Kane	2 à 5 %	2 cas

Variation de la note dépressive au M M P I
Selon Hezberg (72).

Age	18 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	+ 41
Groupe sous contraception orale	96	83	89	88	115	76
Groupe temoin	82	92	75	109	55	85

Nombre de patientes dont la note au M M P T a été modifiée dans le temps sous contraception orale
D'après Murawski. (87)

Visite	échelle dépression	échelle aggréssivité	Troubles du sommeil
3 mois après contraception orale	26	24	35
↗ ↘	35	31	26
9 mois après contraception orale	29	20	26
↗ ↘	13	26	20
15 mois après contraception orale	15	18	24
→ →	31	29	24

Les différents symptomes observés et leur intensité
D'après Lewis. (80)

Symptomes	Intensité faible		Intensité moyenne		Intensité sévère	
	Pilule	contrôle	Pilule	contrôle	Pilule	contrôle
- humeur dépressive	38	22	18	6	-	-
- suicide (idée de)	10	10	16	-	4	-
- insomnie initiale	26	18	-	-	-	-
1e moitié nuit	24	10	-	-	-	-
Totale	16	14	4	-	-	-
- travail et intérêt	30	10	34	-	-	-
- agitation	-	18	28	2	4	-
- anxiété psychique	34	24	10	2	4	-
- anxiété somatique	36	12	-	-	-	-
- symptomatologie générale	66	18	-	-	-	-
- génital	54	46	2	-	2	-

Il ressort de ce tableau que l'importance des troubles allégués est le plus souvent de faible intensité et se traduisant le plus souvent par une anxiété les troubles graves sont rares : ce sont surtout des tentatives d'autolyse au décours d'un syndrome dépressif.

b) Exemples cliniques observés à l'hôpital psychiâtrique de Chalons sur Marne.

Nous allons décrire deux exemples cliniques de réactions dépressives : le premier a été vu en consultation externe, le deuxième a été hospitalisé.

1) Premier exemple : réaction dépressive modérée.
Il s'agit d'une jeune femme de 29 ans mariée depuis 5 ans ayant déjà 4 enfants.

Antécédents personnels :

- Elle est la septième d'une fratrie de 10 enfants.
- Elle a été énurétique pendant longtemps, elle l'était encore au moment de son mariage.
- Elle a subi une nephrectomie à l'âge de 7 ans.

Histoire des réactions dépressives sous contraception orale :

- Elle a sollicité la contraception orale pour éviter un cinquième enfant.
- Après deux cycles sous stediril elle se plaint de nausées et de n'avoir plus envie de travailler chez elle.
- Deux mois plus tard elle revient consulter pour un changement de personnalité.
  - elle se plaint d'avoir une attitude étrange vis à vis du travail.
  D'être irritable avec ses enfants.
- Elle demande l'arrêt du contraceptif oral, et à la place demande un diaphragme.
- Deux semaines après l'arrêt du Stediril, sans aucun traitement antidépresseur, elle a retrouvé son énergie.
- Devant les manifestations dépressives modérées on lui fait passer des tests psychologiques.

Résultats des tests :

Au M M P I les notes d'anxiété et dépressive sont élevées.
Les tests relevent alors :

- des difficultés importantes au niveau du schéma corporel et de l'identification sexuelle. Elle se sent incomplete en tant que femme. La seule façon d'être complete était d'être enceinte. Par ailleurs sa structure de base est hysterique.

Cet exemple montre comment un effet minime de sédation pertube les mécanisme de défense.
La demande du diaphragme ici, lui laisse une possibilité d'être enceinte ce qui lui a permis de rétablir son équilibre psychologique fragile.

2) Le deuxième exemple : une dépression sévère.

Il s'agit d'une femme de 48 ans mariée depuis 25 ans. Elle a 5 enfants le dernier est âgé de 11 ans, va à l'école loin et est absent la plus grande partie de la journée.

Antécédents personnels.

- Elle a fait deux fausses couches à un an d'intervalle en 1967 et 1968.
- Elle n'a jamais été hospitalisée auparavant.

Histoire des troubles dépressifs sous contraception orale :

Après sa dernière fausse couche son médecin lui prescrit un traitement de Norquentiel. Pendant quatre ans la contraception orale est très bien supportée.

- Elle arrive en juin 1972 à l'hôpital psychiatrique, envoyée par son médecin traitant pour un syndrome dépressif sévère, progessivement installé depuis six mois. Le motif d'hospitalisation a été l'apparition d'idées suicidaires très nettes.

- A l'arrivée à l'hôpital, dès le premier contact avec la malade, celle-ci déclare d'emblée "c'est la faute de la pilule si je suis comme ça".

Le syndrome dépressif montrait :

- des idées suicidaires importantes
- un désintérêt presque total pour le monde extérieur et ses proches
- Par ailleurs il existait associé un syndrome physique important avec :
  un amaigrissement de 10 kg en 6 mois
  des troubles du sommeil à type d'insomnie initiale et de réveil brutal au milieu de la nuit à la suite de cauchemars.

- Après dix jours de traitement antidépresseurs : Anafranil et valium à haute dose, associé a un arrêtdu contraceptif oral, on observait une disparition des idées suicidaires et un début d'inversion de la thymie.

La malade de nouveau intérrogée révèle alors un conflit avec le mari sur l'éducation des enfants. Au début tout contact était impossible. Devant la coopération de la malade on lui fait passer une série de tests psychologiques.

Résultats des tests psychologiques.

- Ceux-ci montrent des difficultés au niveau de l'intégration personnelle avec en particulier un très important sentiment d'infériorité en tant que femme. Elle ne se sent bien que lorsqu'elle est enceinte, elle a très mal vécu l'épisode des fausses couches, elle s'est sentie très frustrée. Surtout elle se trouve complete lorsqu'elle peut pouponner de petits enfants. Les tests montrent une conduite très nevrotique.

- Par ailleurs elle se sent très culpabilisée de prendre la "pilule", elle habite un petit village où les habitants dit elle la considérent mal depuis, de surcroit elle est très catholique et a fort envie d'un dernier enfant."Après dit elle, il sera trop tard, je serais trop âgée". Le conflit avec le mari est essentiellement lié à ce dernier fait, celui-ci refuse tout nouvel enfant.

Après trois semaines d'hospitalisation, la malade est sortie avec un traitement de Laroxyl et de valiun, elle a refusé tout autre moyen de contraception.
Cet exemple de dépression sévère, montre la décompensation d'une névrose jusque la bien supportée par la modification du mode relationnel apporté par la prise de contraceptifs oraux.

3) Rôle des antécédents et de la structure antérieure de la personnalité dans l'apparition des syndromes dépressifs sous contraception orale.

Les réactions dépressives que nous venons de décrire, apparaissent elles chez n'importe quelle femme, ou bien ont elles plus de chances d'apparaître chez les femmes ayant déjà une personnalité fragile ou des antécédents dépréssifs. ?

a) Rôle des antécédents.

Comme nous l'avons décrit au début de ce chapitre on observe chez un certain nombre de femmes des réactions dépressives pendant la période prémenstruelle, la grossesse et le post partum ; des psychoses apparaissent même pendant la grossesse et le post partum.

1) Pendant la période prémenstruelle.

Les femmes ayant des réactions dépressives, ou bien des troubles du comportement à type d' agrésivité pendant cette période sont plus sensibles que les autres lors de l'administration des oestro-progestatifs. Toutefois il convient de noter que toutes ne feront pas un syndrome

dépressif lors de l'administration d'oestroprogestatifs, elles ont seulement plus de chances que les autres d'en faire un. (75)

2) Pendant la grossesse.

Sur 90 grossesses observées, Kane (76) a trouvé 28 % de réactions dépressives et de manifestations anxieuses pendant le dernier trimestre de la grossesse surtout. Seulement 3 % de ces femmes ont fait pendant la première période du post partum un accident dépressif ou une psychose purpérale. Après la prise de contraceptifs oraux on a trouvé que les femmes chez qui sont apparues des réactions dépressives étaient celles qui avaient déjà eu des manifestations du même type pendant la grossesse ou le post partum.

3) Pendant le post partum.

Une étude a été faite par Nilsson (86) sur 165 femmes pendant le dernier trimestre de la grossesse et le post partum. Un examen psychologique a été pratiqué au début et en fin de grossesse puis pendant le post partum.

- utilisation après l'accouchement d'un moyen contraceptif
  104 femmes utilisaient un moyen conventionnel
  51 femmes utilisaient les contraceptifs oraux.

Il n'y avait pas de différence significative quant aux réactions dépressives avant et pendant la grossesse dans les deux groupes.

Pendant le post partum, la tendance dépressive a augmenté dans les deux groupes, mais plus chez les femmes sous contraceptifs oraux.
Il n'y avait pas de différences socio-économiques et culturel entre les deux groupes.

- Il ressort de cette expérience que les femmes sous contraception orale aurait plus tendance à être déprimées lors du post partum.

- En fait il résulte que si une femme a fait un syndrome dépressif grave lors du post partum ou une psychose purpérale, les contraceptifs oraux sont contre indiqués car le risque de voir réapparaître un syndrome dépressif est plus élevé.

Il semble que les femmes ayant des antécédents dépressifs liés aux épisodes de la vie génitale risquent plus que les autres de faire des réactions dépressives lors de la prise d'oestroprogestatifs.

b) Rôle de la structure antérieure de la personnalité

Dans la genèse des réactions dépressives sous contraception orale, la structure antérieure de la personnalité et l'intégration de l'image sexuelle joue un rôle important.

Diverses études faites à l'aide des tests psychologiques en particulier le M M P I font apparaître l'importance de la structure antérieure.

En effet les réactions dépressives lors de la prise de contraceptifs oraux s'observent plus volontiers chez les femmes dont la note à l'échelle dépressive est élevée avant toute contraception orale.

Chez les femmes, dont la note est basse on les observe moins souvent. Il y a une différence significative importante. (80).

Pourcentage des manifestations dépressives pendant la grossesse et le post partum. (D'après Nilsson (87).

Les femmes ayant avant la grossesse des symptomes légers dépréssifs voient leur nombre augmenté parmi celles qui utilisent les contraceptifs oraux, il est a peu près inchangé chez celles qui utilisent une méthode traditionnelle de contraception. Cette différence est d'autant plus importante que les symptomes étaient au départ d'une intensité plus forte. L'intensité des réactions dépressives initiales semblent bien jouer un rôle dans l'apparition des troubles sous contraceptifs.

Pourcentage des manifestations dépressives pendant la grossesse et le post partum

D'après Nilsson (87)

	Avant la grossesse		Pendant la grossesse		Post partum	
	1	2	1	2	1	2
Pas de symptomes psychiatriques	39 %	43,6 %	17,5 %	22 %	36,5 %	18 %
symptomes légers	24 %	29,6 %	36,5 %	31,5 %	26 %	31,5 %
légers à modérés	25 %	14,8 %	25 %	22,2 %	23,1 %	29,6 %
symptomes importants	11,6%	13 %	21 %	24,1 %	14,4 %	20,4 %
Pas de neurasthénie	82,7 %	77,8 %	69,2 %	70,4 %	70,2 %	51,9 %
neurasthénie	17,3 %	22,2 %	30,8 %	29,6 %	29,8 %	41,1 %
Pas de dépression	72,1 %	77,8 %	62,5 %	59,3 %	76 %	61,1 %
dépression	27,9 %	22,2 %	37,5 %	40,5 %	24 %	38,9 %
Pas d'anxiété	66,3 %	64,8 %	74 %	75,9 %	75 %	74,1 %
anxiété	33,7 %	29 %	26 %	24,1 %	25 %	25,9 %

1 : groupe utilisant une méthode contraceptive conventionnelle

2 : groupe utilisant la contraception orale.

De même qu'on note également une différence significative importante dans l'apparition de réactions dépressives chez les femmes ayant des difficultés au point de vue de l'intégration du schéma corporel et de l'image sexuelle, par rapport à celles qui n'en ont pas. (14)

La contraception orale pour certaines femmes peut être ressentie comme une atteinte à l'intégrité corporelle. En fait elles la considérent comme une castration. Ce qui fait que ces femmes supportant très mal la contraception orale développent un syndrome dépréssif tout comme certaines femmes ménopausées ou hysterectomisées. (82)
Par ailleurs certaines femmes ne se considérent que complétes lorsqu'elles sont enceintes, elles n'arrivent pas à intégrer l'image incompléte que leur impose la contraception orale.

D'autres, comme nous l'avons vu plus haut, considérent l'acte sexuel comme répugnant et n'acceptent pas celui-ci sans le risque d'un enfant qui valorise l'acte sexuel, et par la même les valorisent elles mêmes. Ces femmes développent volontiers des états dépressifs sous contraception orale.

En fait la majorité des réactions dépressives observées sous contraceptifs oraux sont d'origine psychogènes. Les oestro-progestatifs jouent alors le rôle de révélateurs des conflits liés au déséquilibre du couple, au mode d'éducation et au milieu social.

4) Les syndromes dépressifs et les antidépresseurs.

Les syndromes dépressifs observés sous contraception orale, lorsqu'ils sont liés à celle-ci, réagissent bien soit à l'arrêt seul des oestro-progestatifs quand les réactions dépressives sont modérées ; l'exemple clinique suivant le montre :

- Une jeune femme de 27 ans vue en consultation externe pour un syndrome dépressif modéré consécutif à la prise d'un contraceptif oral, a été améliorée en quelques jours à l'arrêt du traitement contraceptif, au bout de deux semaines elle avait retrouvé son activité antérieure.

Deux mois après elle revient consulter de nouveau pour réapparition depuis 10 jours des symptomes dépressifs. L'intérrogatoire révèle alors que la patiente avait repris les oestroprogestatifs 15 jours auparavant. L'arrêt de la contraception orale a cette fois encore amené l'amélioration puis la disparition des réactions dépressives.

- Ailleurs les syndromes dépressifs plus sévères réagissent bien à l'arrêt des oestroprogestatifs et à un traitement antidépresseur classique sans avoir recours aux I M A O en règle.

- Chez d'autres, la cause du syndrome dépressif est très profonde tenant à la structure même de la personnalité, les oestroprogestatifs ne servant alors que de révélateur, il convient d'envisager dans ces cas une psychothérapie.

Essais d'explications biologiques.

Les différents troubles psychologiques observés lors de la prise des contraceptifs oraux, posent la question de la responsabilité de ces produits utilisés dans leur genèse.

La responsabilité des produits hormonaux est suggérée par :

1) Une certaine similitude des troubles psychologiques observés sous pilule et ceux survenant lors de la phase prémenstruelle, soit dans leur intensité, soit dans leur mode d'expression. Les réactions à type d'irritabilité, de tendance dépressive, de diminution de la libido sont très fréquentes chez la femme pendant la phase prémenstruelle, qui correspond à un taux élévé de progesterone. Cette similitude des faits cliniques observés sous pilule tendrait à impliquer le rôle de la progesterone dans la genese des troubles psychologiques lors de la contraception orale.

2) Il existe également une similitude des troubles psychologiques de la contraception orale et de ceux observés pendant la grossesse où les taux hormonaux sont très élevés.

- Différentes études ont donc essayé de démontrer le rôle des produits hormonaux sur le psychisme des femmes sous contraception orale, comme le suggéraient les données cliniques.

- Ces différentes études portent sur les modifications métaboliques qu'entrainent l'utilisation de produits hormonaux à un taux supérieur au taux physiologique de la femme non gestante.

- Nous allons examiner ici ces modifications.

1) Modifications du métabolisme des amines cérébrales entrainées par les oestro-progestatifs :

a) au niveau des catecholamines.

- Marcotte (100) dans son enquête a dosé systématiquement les métabolites urinaires des catecholamines. Il note une diminution de l'excrétion des catecholamines sous pilules. Ce serait par le biais d'une diminution du taux des amines cérébrales que les oestroprogestatifs agiraient dans l'apparition des troubles psychoaffectifs.

-Après un traitement d'un mois par les oestroprogestatifs, l'éxcrétion urinaire de l'acide vanile mandélique (V.M.A) est diminuée comme dans les états dépressifs.

- Meyerson (104, dans l'expérimentation animale suggére que l'action des oestrogenes et de la progesterone dépend de la biosynthèse des amines cérébrales.

Effets du Norethynodrel et du Megestraud sur le cerveau des rats femelles d'après Nistico. (107)

- Taux cérébraux de 5 hydroxytryptamine (5 HT)
  de l'acide 5 hydroxyindol acetique (5 HIAA)
- Taux plasmatique de corticosterone
- Taux hépatique de la Tryptophane pyrolase
- Dose : 416 µg/kg de poids de Norethynodrel (N) soit l'équivalent
  166 µg/kg " de Megestranol (M)
  de 10 fois la dose des contraceptifs oraux chez les humains

---

contrôle	durée du traitement	5 H T µg/g	5 H I A A µg/g	Corticosterone µg/100 ml	Pyrolase g/h
	0	0,44 ± 0,01	0,20 ± 0,01	28,0 ± 0,19	1,46 ± 0,12
I	N + M 10 jours	0,32 ± 0,03	0,22 ± 0,02	37,6 ± 2,1	4,20 ± 0,25
II	N + M 20 jours	0,41 ± 0,04	0,19 ± 0,01	21,1 ± 0,8	1,50 ± 0,15
III	N + M 30 jours	0,39 ± 0,02	0,23 ± 0,02	26,2 ± 1,3	1,20 ± 0,14
IV	N + M 60 jours	0,48 ± 0,03	0,22 ± 0,02	24,0 ± 1,2	1,33 ± 0,11

- D'autre part un rapport récent fait sur les rats montre que les hormones sexuelles influent sur le métabolisme cérébral de la

- Par ailleurs, la diminution des troubles après un an de traitement semble correspondre aux données expérimentales faites chez le rat qui montrent un retour à la normal du taux d'élimination des catecholamines après un certain temps.

b) Rôle de la M A O et des I M A O

- Moss (97), dans ses expérimentations animales suggére que la progesterone joue un rôle dans la genèse des troubles psychologiques en changeant le niveau (le taux des amines cérébrales) ou en agissant sur les récepteurs cérébraux des amines.

- Dans ces expériences (103) il en ressort :

- Chez les animaux ovarectomisés l'administration d'oestrogene et de progesterone provoquent l'oestrus.

Si on administre à ces animaux des oestrogenes et de la MAO on provoque une inhibition de la réponse sexuelle.

- Une élévation du taux des amines cérébrales produit une diminution de la réponse sexuelle tandis qu'une baisse du taux des amines cérébrales produit une élévation de la réponse sexuelle des animaux. Toutefois ici la présence d'oestrogene est indispensable.
- Ces expérimentations animales suggérent que la progesterone agirait en augmentant le taux des amines cérébrales, ou bien en augmentant l'activité de la M A O.

L'augmentation de l'activité de la M A O correspondrait à un effet dépresseur, comme le suggére l'action antidépréssive des I M A O qui antagonise la M A O.

D'autre part chez la femme, les dosages d'activité de la M A O faite sur le plasma montre :

- une activité double de la M A O en fin de cycle et chez les femmes aménorrhéiques.
- au niveau de l'endomètre, l'activité de la M A O augmente pendant la phase prémenstruelle.

- Cette activité élevée de la M A O, chez la femme semble correspondre à l'augmentation de la tendance dépressive observée pendant la dernière partie du cycle.

c) Rôle du Tryptophane

Chez le sujet déprimé l'éxcrétion de Tryptamine est diminuée, et revient à la normale quant il est guéri.

- Par ailleurs on note une action favorable de la Tryptamine sur les troubles du sommeil.

- Lors de la prise de contraceptifs oraux, on note une diminution de la 5 hydroxytryptamine qui agit de la même façon que la baisse de la Tryptamine. (99)

d) Rôle de la Serotonine

La serotonine est le précuseur de la mélanine ; celle-ci a un rôle important dans la régulation des besoins sexuels. Or les oestrogenes inhibent l'enzyme responsable de la conversion de la serotonine en mélanine. (107)

2) Perturbation en acide folique

- On a observé des anémies megaloblastiques, regressant à l'administration d'acide folique, chez les femmes sous contraceptifs oraux. (108)

- Les contraceptifs oraux diminueraient l'absorption par l'organisme des précurseurs de l'acide folique.
Il y aurait donc une carence en acide folique ; or on connait le rôle invoqué de la carence en acide folique dans l'apparition des troubles psychiâtriques et psychologiques au cours des traitements antiépileptiques.

3) Epimerisation des steroides

- Plusieurs observations en particulier celles faites par Kane (102) suggérent chez un certain nombre de femmes, l'épimerisation des steroides sexuels des contraceptifs oraux, en glucocorticoides actifs.

- Pour d'autres, les contraceptifs oraux entrainent un hypercorticisme modéré.
Il en résulte d'une façon ou de l'autre une élévation du taux des glucorticoides. Or le rôle dépresseur de la cortisone est connu, de même que chez certains terrains elle induit la formation d'une psychose. Cette élévation du taux de glucocorticoides serait responsable des états dépressifs sous contraception orale.

4) Rôle de la Progestérone.

- La progestérone à forte dose est un dépresseur central :

a) l'électroencephalogramme fait après administration de progestérone montre de nombreuses ondes lentes. (105)

- Chez la femme on constate plus d'ondes lentes pendant la phase prémenstruelle.

- Chez les épileptiques, on constate sous progestérone et sous pilule une diminution des ondes pointues.

b) Chez de nombreux aminaux l'administration intra veineuse de progestérone provoque une anesthésie générale. (103)

- Chez l'homme, l'administration intra veineuse de 500 mg de progesterone produit un sommeil d'une à deux heures. (Kane)

- En plus de son action indirecte sur le métabolisme des amines cérébrales, la progestérone en elle même, par action directe : action de type dépresseur central entrerait donc dans la genèse des troubles psychologiques observés sous pilule.

5) Rôle des dosages des différents pilules.

- On observe plus de troubles psychologiques avec les pilules fortement dosées qu'avec les faibles dosages, et plus de troubles avec les produits en association qu'avec les produits sequentiels ou les progestatifs ne sont présents qu'en fin de traitement.

(98) -Sur 1217 cas on note pour les troubles dépressifs et la diminution de la libido :

28 % pour les produits fortement dosés

20 % pour les produits ou le progestatif est faiblement dosé

7 % pour les produits sequentiels.

- D'autre part pour le même dosage en progestatif on observe moins de troubles si l'oestrogene utilisé est le Mestranol que le Norethynodrel. (99)

- En fait toutes ces études ne permettent pas d'affirmer le rôle seul des produits hormonaux dans l'apparition des troubles psychologiques sous contraceptifs oraux. Tous ces travaux ne permettent que des présomptions, mais pas de tirer des conclusions affirmatives. Ils suggérent seulement qu'il peut exister une certaine corrélation entre les modifications métaboliques entrainées par les produits

hormonaux des oestroprogestatifs et certains troubles psychologiques observés lors de leur prise.

- Il est difficile de faire la part exacte de ce qui revient dans la genese des troubles, aux modification métaboliques induites par les produits hormonaux, et aux problèmes purement psychoaffectifs ainsi qu'à la structure personnelle de chaque femme vis à vis de la contraception et de tous les processus conscients et inconscients qu'elle met en jeu. L'aspect physique et l'aspect psychique des contraceptifs oraux au niveau des troubles psycho-affectifs sont imtimement liés et leur interaction très importante.

Pourcentage des troubles psychiques observés chez les femmes suivant le dosage et la composition des contraceptifs oraux d'après G. Grant.

	Ethynyloestradiol				Mestranol			
	nombre de femmes	dépression libido %	fatigue %	irritabilité %	nombre de femmes	dépression libido %	fatigue %	irritabilité %
Progesterone fort dosage (combinée)	214	28 %	8 %	5 %	108	17 %	10 %	3 %
Progesterone moyen dosage (combinée)	420	20 %	14 %	9 %	174	16 %	8 %	2 %
Sequentiel oestrogene + fort dosage	201	7 %	8 %	5 %	100	5 %	8 %	5 %

IIIe PARTIE

Dans cette partie, nous étudierons d'une part les troubles psychiatriques purs en dehors des états dépressifs observés par différents auteurs, et d'autre part l'utilisation des oestro progestatifs à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique de CHALONS SUR MARNE.

A - Eclosion et modifications des troubles psychiatriques lors de la contraception orale

Dans ce paragraphe nous parlerons seulement des différents troubles psychiatriques et plus particulièrement des psychoses.

1°) Eclosion de troubles psychiatriques :

(112) Marcotte en 1970 a trouvé 7 cas de psychoses apparues après l'administration d'oestro-progestatifs.

Sur ces sept femmes, 4 possédaient dans leurs antécédents une psychose du post partum et 2 des antécédents psychiatriques d'un autre type, ces troubles avaient complétement disparus lors de la prise d'oestro-progestatifs. Une seule de ces sept femmes n'avait aucun antécédent psychiatrique.

Kane et Daly (114) en 1967 ont observé sur 50 femmes, une seule psychose à l'administration d'un contraceptif oral : un état maniaque avec nymphomanie.

(80) Lewis et Hoghuhi en 1967 ont observé sur 50 femmes après l'administration d'un oestro-progestatif, un seul cas de psychose.

Il semble que l'éclosion de psychose sous contraception orale soit rare chez les femmes exemptes d'antécédents psychiatriques.

2°) Modification des troubles psychiatriques préexistants

Les troubles psychiatriques préexistants avant l'administration d'oestroprogestatifs sont-ils modifiés par ceux-ci ? Plusieurs exemples cliniques pris dans la littérature vont répondre à cette question.

a) premier exemple :

Kane et Daly (114) en 1970 ont rapporté ce cas d'aggravation d'une schizophrène jusque là bien corrigée, lors de l'administration d'oestroprogestatifs. Il s'agit d'une femme de 33 ans hospitalisée pour un changement brutal du comportement apparu 6 jours après la prise d'oestroprogestatif contenant 80 γ de Mestranol.
A l'hôpital elle développe un délire paranoiaque avec une dissociation importante de la personnalité et des hallunications auditives.
Dans son délire paranoiaque elle accuse son mari d'actes immoraux sur sa personne depuis la prise du contraceptif oral.
Dans ses antécédents on retrouve une psychose purpérale, psychose qui avait été traitée par électrochoc.
L'épisode a été traité par Chlorpromazine et trifluoperazine, avec l'arrêt de l'oestro-progestatif. On a observé une rapide cédation de l'épisode délirant et un retour à l'état antérieur.
L'administration de l'oestroprogestatif semble bien avoir déclenché l'épisode délirant.

b) deuxième exemple :

Sonkin (127) a étudié la tolérance de la contraception orale chez 35 malades psychiatriques.
Ces 35 malades se répartissaient en :

20 névrotiques
10 psychotiques
5 psychosomatiques

Il en a conclu à une bonne tolérence des oestroprogestatifs sans modification particulière des troubles psychiatriques. Par ailleurs Il note l'absence de troubles digestifs et en particulier nauséeux si fréquents dans la population de femmes normales.

.../...

c) troisième exemple :

Suranson (122) en 1964 a étudié 26 malades psychiatriques dont vingt et une présentaient une recrudescence des troubles pendant la période prémenstruelle. Ces 26 malades se répartissaient de la façon suivante :

20 schizophrènes
4 débiles psychotiques
2 psychoses d'involution

Il a noté :

21 amélioration lors de la prise d'un oestro-progestatif
4 aucune modification lors de cette prise
1 a été aggravé lors de cette prise.

Les 21 améliorations étaient les 21 malades qui présentaient une recrudescence des troubles psychiatriques en période menstruelle.

d) quatrième exemple :

Dubor (115) a étudié 22 malades psychiatriques présentant des troubles fonctionnels gynécologiques dont elles se plaignaient spontanément :

10 étaient amnénorrhéiques
12 présentaient une irrégularité des cycles, particulièrement un allongement de ceux-ci

Ces 22 malades se classaient en :

11 schizophrènes
1 syndrome confuso-délirant tardif du post partum
3 troubles caractériels d'origine psychotiques
1 débile caractérielle encéphalopathe

Toutes celles-ci étaient hospitalisées.

Les 6 autres non hospitalisées étaient schizophrènes ou souffraient de névroses graves.

Toutes ces femmes étaient sous traitement neuroleptiques en permanence.

Les modifications notées peuvent se classer en deux groupes :
- d'une part pour certaines malades une aggravation a été notée
- d'autre part un aspect bénéfique pour les autres.

1) Aggravation :

La différence de comportement des deux groupes vis à vis de la contraception orale s'explique par la différence des niveaux de regression plus ou moins profonde par rapport à la genitalité si elle est regressée à un stade oedipien ou préodipien (110)

Chez les schizophrènes anciennes très regressées, la contraception orale amenant le retour des règles, a été reçue comme une poussée dangereuse de genitalité, comme une interdiction à regresser vers les stades prégénitaux asexués. Chez elles, on a vu réapparaître des phantasmes de grossesse dangereuse et dévorante, et des images importantes de morcellements sont réapparues.

Le traitement par un oestro-progestatif est investi comme un mauvais abject destructeur.

2) Amélioration :

Chez les schizophrènes plus récentes, la réapparition des règles sous oestroprogestatif a été ressentie avec satisfaction.

.../...

L'interprétation de ces modifications se situe dans la problèmatique prégenitale et dans la conservation ou la destruction du "Moi".

Quand il y a une destruction du "Moi" la contraception orale est ressentie comme dangereuse : comme une castration.

Pour les autres l'aspect anticonceptionnel permet de conserver sans risque de grossesse des relations sexuelles, celles-ci étant intégrées comme une conservation du penis.

Il ressort de ces différents exemples que chez les malades psychiatriques les oestroprogestatifs modifient peu les troubles psychiatriques ou les améliorent si la personnalité est relativement conservée. Ailleurs elle aggrave les troubles.

B - Utilisation des oestroprogestatifs dans un but thérapeutique de certains troubles psychiatriques

Pour étudier ce chapitre nous ferons appel à l'expérience de Sonkin (127)

1) Hypothèses de départ :

Sonkin pose comme hypothèses de départ pour utiliser les oestro-progestatifs dans un but thérapeutique deux idées :

a) un certain nombre de malades psychiatriques voient leur pathologie améliorée pendant une grossesse

b) certaines malades présentent une périodicité de leurs troubles psychiatriques liée à celle du cycle menstruel.

Donc si dans le premier cas on reproduit artificiellement un état voisin de celui de l'état gravidique, il se peut que la malade soit améliorée.

Si dans le deuxième cas on empêche l'ovulation, l'absence de cycle menstruel peut agir sur la périodicité des troubles. Or les oestro-progestatifs répondent à ces deux critères.

2) Résultats :

Ils sont décrits par deux exemples cliniques.

a) Pathologie améliorée par une grossesse :
Il s'agit d'une femme de quarante ans traitée depuis vingt cinq ans pour un syndrome obsessionnel avec de nombreux rituels de lavage et de nettoyage. Ce syndrome obsessionnel avait complétement disparu lors d'une grossesse, suivi d'une rechute après l'accouchement. Elle était traitée par de fortes doses de laroxyl. Elle est mise sous oestroprogestatifs comprenant du norethindrone. Après l'administration de celui-ci, on assista à une atténuation progressive des symptômes. L'atténuation a été telle que la malade a pu reprendre une activité normale et qu'on a pu lui arrêter le traitement par le laroxyl.

b) Pathologie rythmée par le cycle menstruel :
Il s'agit dune femme de vingt huit ans, traitée pour un syndrome maniaco-dépressif avec inversion thymique au moment des règles. Devant la périodicité très marquée de cette pathologie, il lui a été administré un oestroprogestatif comprenant de la norethindrone. Après la prise de ce dernier on assiste à un arrêt des phénomènes psychiatriques. Il s'est établit un certain ralentissement intellectuel au début, avec une sensation subjective de bien être. Après un an de traitement par l'oestroprogestatif seul, la malade a repris une vie normale, s'est remise à travailler et à préparé son agrégation d'allemand. Il n'y a pas eu de rechute.

Un bon nombre d'étude montre que les oestroprogestatifs potentialisent l'action des neuroleptiques et des thymoleptiques. Dans un grand nombre de cas, après la prise d'un oestroprogestatif les doses de neuroleptiques ou de thymoleptiques ont été diminuées. (125)

Par ailleurs on observe fréquemment une diminution de la dose des barbituriques, dans certains cas chez des épileptiques a qui l'on avait pas diminué la dose de barbituriques, après la prise d'oestro-progestatif, on a observé des comas barbituriques. (129)

.../...

Cette action des oestroprogestatifs sur la baisse de la dose efficace des barbituriques chez les épileptiques peut s'expliquer de deux façons :

1) Les oestroprogestatifs et les barbituriques sont détoxiqués au niveau hépatique par une glyco conjugaison. Les oestroprogestatifs jouent un rôle compétitif avec les barbituriques, ils sont detoxiqués préférentiellement. Ce qui fait que la durée de vie dans l'organisme des barbituriques est plus longue.

2) La progestérone, comme nous l'avons vu plus haut a une action sédative centrale et augmente le seuil épileptogène.

L'utilisation de la contraception orale comme thérapeutique de certains troubles psychiatriques est peu répandue. Il semble que dans certains cas elle soit efficace.

C - Aspect de la contraception orale à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique de CHALONS SUR MARNE

Cette étude a été faite pendant l'année 1971 et l'année 1972, pendant mon internat à l'hôpital psychiatrique. Les résultats donnés dans ce chapitre sont ceux d'une observation personnelle.

1) Motifs d'utilisation de la contraception orale

Ils relèvent à la fois du type de malades dont l'état psychiatrique risque d'être fortement aggravé par la survenue d'une grossesse, et à la fois de l'incapacité où sont ces femmes, en raison de leur état psychopathologique, de faire face aux conséquences de leur vie sexuelle.

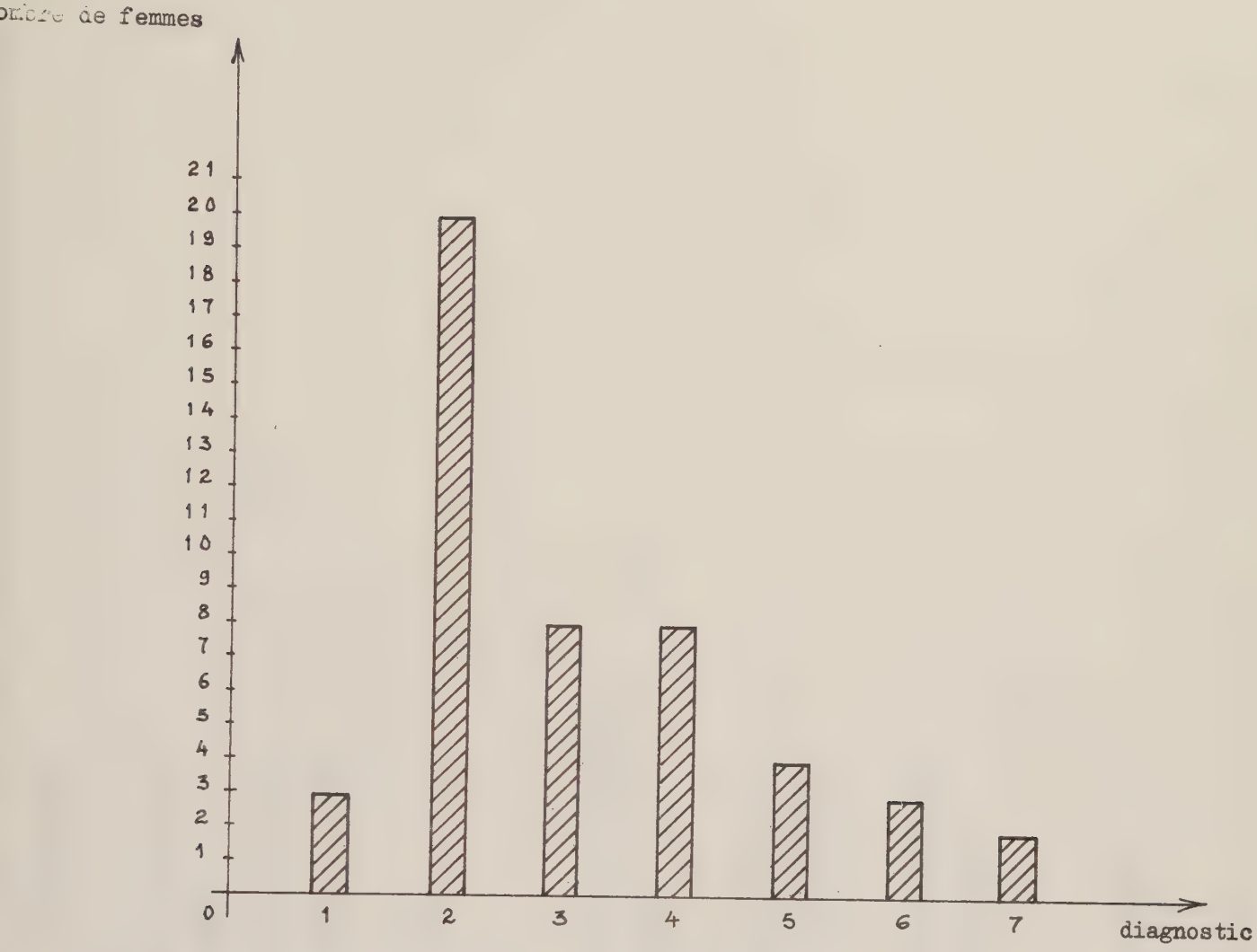
a) Type de malades relevant de la contraception orale :

Toutes les malades relevant d'un traitement oestroprogestatif sont des malades hospitalisées depuis plusieurs années.

On relève parmi cette population un très grand nombre de débiles caractérielles dont le comportement en raison de la durée très importante d'hospitalisation est très psychiatrisé, par ailleurs la débilité est souvent greffée à un certain nombre d'affections purement psychiatriques. On relève également un bon nombre de schizophrènes dont le niveau mental est souvent proche de la débilité ; des psychoses hallucinatoires, des hystériques, des épileptiques.

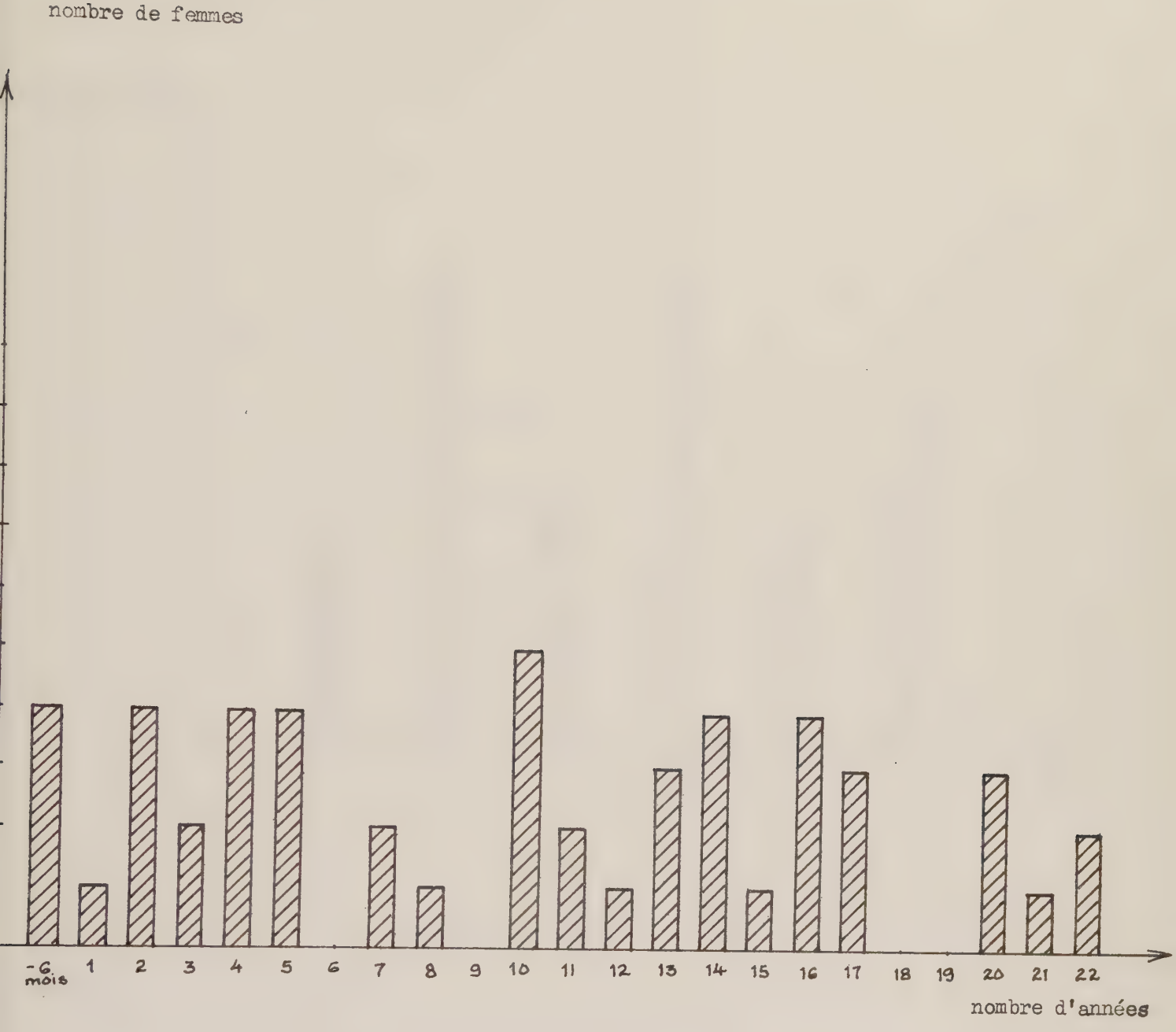
Toutes ces femmes présentent en plus des troubles du comportement.

Répartition des femmes en fonction du diagnostic clinique

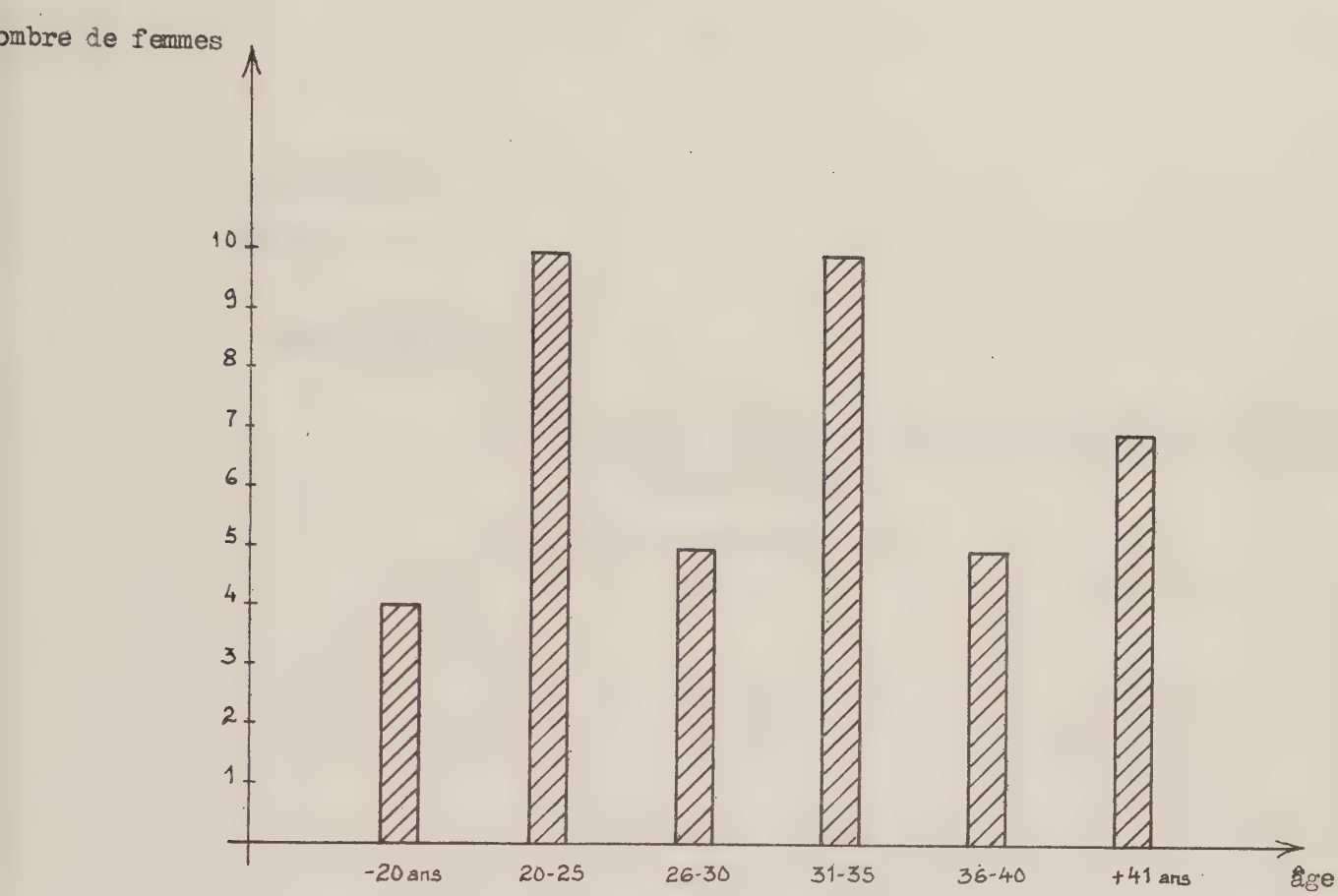


1) état dépressif névrotique
2) débile
3) épilepsie
4) psychose délirante chronique
5) schizophrène
6) hystérique
7) trouble du comportement

Durée d'hospitalisation



Répartition de l'âge des femmes



Situation familiale

Célibataire : 42

Mariée : 6

Nombre d'enfants :

1°) chez les célibataires dont quatre pendant leur hospitalisation en hopital psychiatrique (avant 1969 date du début de la contraception orale) : 14

2°) chez les femmes mariées : 14

Le nombre total des femmes sous contraception orale est de :

Elles sont réparties dans des pavillons ouverts pour la plupart, une dizaine sont dans des pavillons mixtes, quatre seulement sont dans des pavillons fermés mais avec une autorisation de sortir à l'intérieur de l'hôpital et de se rendre à la cafétéria de celui-ci.

b) Motifs de l'administration des oestroprogestatifs

L'administration des oestroprogestatifs est surtout employé dans un but contraceptif, afin de prévenir une grossesse qui aurait des résultats catastrophiques tant au niveau de la femme qu'au niveau de l'enfant.

1) Au niveau de la femme :

Ces femmes sont incapables d'élever un enfant, la majorité relève d'un statut juridique d'incapable mineure ou majeure. Les autres vivent à l'hôpital psychiatrique depuis de si longues années que leur insersion sociale n'est plus envisageable elles sont irrécupérables sur ce plan. En outre la plupart ont de tels troubles du comportement et en particulier un désintérêt affectif tel que leur confier un enfant serait une gageure, et surtout porterait un tort préjudiciable à celui-ci. Ces enfants sont donc pris en charge par la DDASS, et souffrent dès leur plus jeune âge d'une carence affective profonde pour la plupart et d'une instabilité des liens affectifs crée par les différents placements.

Par ailleurs il convient de noter que ces femmes ont des relations sexuelles avec le premier venu, le père de l'enfant est en général inconnu, ou c'est également un malade hospitalisé incapable de s'en occuper.

2) Au niveau du personnel soignant :

La surveillance de ces femmes est très difficile, c'est seulement dans les pavillons femmes que le personnel soignant peut exercé une surveillance rigoureuse. Cependant il convient d'envisager qu'un certain nombre d'ouvriers viennent régulièrement pour les divers travaux a exécuter que peuvent faire alors 4 infirmières pour un pavillon qui contient quatre vingt à cent femmes dont certaines sont hypersexuées. Certains pavillons sont mixtes, le problème est encore plus difficile, en effet lors du passage récent du pavillon ouvert de femmes à un pavillon mixte, toutes les femmes susceptibles d'avoir des relations sexuelles ont été mises sous traitement oestroprogestatif.

Par ailleurs la majorité de ces femmes sont traitées par des neuroleptiques, on observe chez elles des troubles gynécologiques fonctionnels importants à type de :

- aménorrhée galactorrhée
- ou une irrégularité des cycles menstruels en règle très allongés.

Ces femmes harcèlent le personnel soignant par la hantise d'être enceinte. Régulièrement avant la mise sous traitement oestroprogestatif de ces femmes, un certain nombre de diagnostique biologique de grossesse était pratiqué afin de sécuriser les femmes et le personnel soignant.

D'autre part il faut rappeler qu'un bon nombre de ces malades fuguent ou sortent en permission pendant le week-end, où le problème de surveillance se heurte à une impossibilité matérielle.

.../...

Deux exemples cliniques illustreront ces difficultés de surveillance des malades :

a) il s'agit d'une jeune fille de 17 ans hospitalisée depuis 4 ans dont les préocupations sexuelles sont majeures voire même exclusives. Avant la mise sous oestroprogestatif en 1971, elle faisait de nombreuses fugues, chacune de celles-ci se terminait de la même façon par une prostitution. A l'intérieur du pavillon fermé, elle tenait des discours obscènes qui pertubaient les autres malades, et chaque fois que des employés venaient, elle avait des relations sexuelles avec ceux-ci.

Depuis la prise d'un oestroprogestatif, on lui permet d'aller et venir dans l'hôpital, elle a des relations sexuelles avec les soignés mais elle ne fugue plus et son comportement dans le pavillon est plus calme ne pose plus de problèmes aux infirmières.

b) Le deuxième cas : est celui d'une jeune fille de 24 ans, débile qui se trouve en pavillon ouvert. Son frère également hospitalisé venait la voir souvent avec le plein accord du personnel. Par ailleurs elle ne semblait pas accorder une attention particulière aux hommes. En fait elle est trouvée un jour au lit avec son frère. Devant l'inceste, le personnel fortement culpabilisé et très choqué a demandé à la mise au traitement oestroprogestatif. Depuis celui-ci, le personnel se sent en partie déculpabilisé, cette affaire ne le concerne plus.

Actuellement depuis l'utilisation des oestroprogestatifs, les femmes qui étaient gardées en permanence dans l'hôpital psychiatrique dans le seul but de prévenir une éventuelle grossesse, sont autorisées à sortir seule en ville, et pour certaines même aller faire certains travaux à l'extérieur ce qui permet par ce biais d'envisager une possibilité ultérieure pour les femmes jeunes de réinsersion sociale.

3) Au niveau des médecins :

Le choix de la contraception orale est déterminé d'une part par le côté contraceptif et d'autre part par la régularisation du cycle de ces malades neuroleptisées. Le stérilet n'est pas utilisé ici pour diverses raisons :

1) l'opposition du gynécologue qui est attaché à l'hôpital psychiatrique. Cette opposition est liée à la crainte des accidents infectieux chez ces femmes dont l'hygiène corporelle laisse à désirer,,et à l'absence de plaintes de celles-ci si des effets douloureux se produisaient.

2) l'absence de régularisation du cycle.

Par ailleurs la majorité des femmes lorsqu'elles sortent, leurs sorties sont limitées au week-end dans leur famille ou il n'y a pas de grand problème quant à la prise régulière de l'oestroprogestatif.

Toutefois le problème se pose, lorsqu'une sortie est envisagée, bien souvent une consultation externe en dehors de l'hôpital chez un gynécologue permet la pose d'un stérilet.

4) Au niveau de l'enfant :

L'enfant est le souci majeur, puisque ce n'est pas la grossesse par elle-même qui est redoutée bien que celle-ci aggrave souvent l'état des malades, mais bien plus la protection de l'enfant.

A ce sujet l'étude de la population infantile en hôpital psychiatrique est très révélatrice. Sur le nombre d'enfants hospitalisés soit pour : Débilité avec troubles du comportement soit
pour schizophrénie
ou psychose infantile grave

la majorité de ces enfants ont des parents eux-mêmes débiles ou ayant une affection psychiatrique. En outre le plus grand nombre de ces enfants relèvent de la DDASS (direction départementale d'aide sociale et sanitaire).

Le problème soulevé par ces enfants est d'une part le rôle du facteur héréditaire des troubles tel que la débilité, la schizophrénie ou les psychoses et d'autre part le rôle de l'éducation dans la génèse de ces troubles.

On connait partiellement le risque héréditaire, sur lequel se greffe en plus une carence affective profonde et une instabilité affective dont ces enfants ont à souffrir dès leur plus jeune âge.

La carence affective est importante chez ces enfants dont la mère est incapable d'assurer leur éducation et en plus le père est souvent inconnu ou également incapable d'assurer une éducation valable en raison de leur propre carence affective ou de leur désintérêt affectif ; et de la pauvreté psycho-social du milieu dans lequel ils vivent.

En outre, l'enfant pour ces mères représente souvent un mauvais objet.

Un exemple tragique a été pris dans un des pavillons d'enfants :

Il s'agit de deux enfants respectivement âgé de 9 et de 7 ans, le frère et la soeur. Ils sont grabataires et atteints d'une psychose grave. Jusqu'à l'année dernière ces enfants étaient normaux. Le père est normal, la mère est une débile moyenne psychotique : l'année dernière prise d'un accès de fureur contre ses enfants, elle a ouvert le gaz après leur avoir administré un somnifère. Lorque le père est arrivé, il était trop tard : une fille plus âgée de 14 ans est morte, les deux autres n'ont pu être sauvés qu'au prix de ces lésions irréversibles dues à l'intoxication au gaz.

Par ailleurs certaines familles ont plusieurs enfants hospitalisés

1) Père : débile alcoolique
   Mère : débile légère
   9 enfants : tous dépendent de la DDASS. Sur les 9 enfants
   3 sont hospitalisés à l'hôpital psychiatrique
   2 relèvent d'un I M P

2) Père : alcoolique
   Mère : Débile
   12 enfants confiés à la DDASS pour les enfants mineurs
   5 sont hospitalisés à l'hôpital psychiatrique
   2 seulement sont normaux

3) Père : en prison pour avoir tué le fils aîné.
   Mère : débile légère
   8 enfants : l'aîné tué par le père
   1 en prison
   3 sont hospitalisés

4) Père : psychotique hospitalisé
   Mère : débile
   13 enfants : 7 sont hospitalisés
   2 seulement sont normaux.

Ces exemples pourraient être multipliés.

Il ressort que la majorité de ces couples ont un nombre élevé d'enfants (supérieur à 5) et peu de ceux-ci sont exempts de troubles psychiatriques.

.../...

Répartition parentale des enfants hospitalisés

121 enfants
25 causes organiques

Père :

Normaux	20
Inconnus	18
Débiles	26
Alcooliques	15
Psychotique	1
En prison	4

Total 92 plusieurs enfants d'une même famille sont souvent hospitalisés

Mère :

Normales	20
Inconnues	7
Débiles	51
Débiles vivant en hôpital psychiatrique	4
Divorcées	2
Célibataires	4
Psychotiques	4

Le nombre de couples normaux est de 16. Dans 10 cas on retrouve une cause organique responsable de l'état de l'enfant hospitalisé :

2 réanimation prolongée à la naissance
3 encéphalites
2 mongoliens
2 phacomatoses
1 prématuré de 7 mois dont le jumeau est mort 8 jours après la naissance.

La fréquence et la gravité des antécédents psychiatriques existant dans les familles ou chez les mères d'enfants psychotiques ou débiles est très significative par rapport à celle des enfants non psychotiques.

1) Rôle bénéfique de la contraception orale

Ce rôle sera envisagé à l'aide d'exemples cliniques.

1) Cas d'une jeune fille de 23 ans

Il s'agit d'une jeune fille âgée de 23 ans hospitalisée depuis 4 ans. C'est une débile mentale moyenne sur laquelle est greffé cun certain nombre d'éléments psychotiques :

- un délire érotique avec phantasme de grossesse dévorante lors de la première année d'hospitalisation
- une tendance hystérique très importante avec un côté théâtral accru.

Cette malade déclare d'elle-même : "je ne pense qu'à manger, dormir et aux hommes". Tout son comportement est dirigé dans le seul but de se faire remarquer des hommes. De nombreuses fugues avec prostitution sont dans ces antécédents. Il y a deux ans, on lui administre un oestroprogestatif après de nombreuses réactions biologiques de grossesse faites à chaque fugue, la malade harcelant le personnel par sa hantise d'être enceinte. Depuis la prise des oestroprogestatifs, la malade est plus calme à l'intérieur du pavillon, elle tient moins de discours obscènes, ses activités sexuelles se passent dans l'hôpital, les fugues deviennent très rares. Par ailleurs devant la régularité des cycles, l'obsession d'être enceinte a disparu, elle est très satisfaite d'être sous "pilule".

2) Cas d'une jeune fille de 19 ans

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans hospitalisée il y a 4 ans à la suite d'une fugue de chez elle qui avait aboutie à des expériences sexuelles. Cette jeune fille est une grande débile schizophrène avec de nombreux éléments de désintérêt affectif et une tendance marquqe à la prostitution liée à un besoin d'être sécurisée.

A la suite d'une fugue de l'hôpital, elle fut enceinte, bien entendu le père n'était pas connu. Cet épisode a été suivi d'une aggravation des troubles avec d'importantes images de morcellement. L'enfant était considéré comme un mauvais objet destructeur, étranger à elle même. Après l'accouchement il a été nécessaire d'augmenter les doses de neuroleptiques.

Après cet épisode elle a été mise sous traitement oestroprogestatifs ce qui a permis de diminuer la dose de neuroleptiques. Depuis ses besoins sexuels sont toujours aussi importants, c'est même la seule préoccupation. La mise aux oestroprogestatifs n'a pas amené de modification quant à l'évolution de la schizophrénie. Elle a été très bien acceptée par la malade.

.../...

3) Cas d'une femme de 38 ans

Il s'agit d'une femme âgée de 38 ans, hospitalisée depuis 16 ans pour une psychose délirante chronique comprenant de nombreuses hallucinations avec des idées de persécutions très importantes.

Le traitement par les neuroleptiques à forte dose a entraîné une modification des cycles, cycles irréguliers allongés, même une période d'aménorrhée galacthorrhée a été observée.

Le problème sexuel était auparavant résolu par le séjour en pavillon femme. L'année dernière à la suite d'un bref séjour au centre hospitalier, la malade a été réintégrée dans un pavillon ouvert. Quelques temps après c'est installé un épisode délirant de thème sexuel consécutif à une expérience sexuelle. La malade voulait qu'on lui recouse et qu'on lui rétrécisse le vagin qui avait été déformé par cette expérience. On la met alors sous un traitement oestroprogestatif, on assiste à la disparition du thème sexuel de son délire sans autre modification de traitement, et à la répétition des expériences sexuelles sans réapparition du délire.

3) Problèmes des accidents et effets secondaires

Nous avons décrit dans la première partie de cet exposé, les différents accidents secondaires que l'on peut rencontrer lors de la prise d'oestroprogestatif, nous allons les décrire à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique.

a) Durée d'utilisation :

5 ans : 2 femmes

4 ans : 2

3 ans : 17

2 ans : 15

1 an : 9

.../...

la mise aux oestroprogestatifs des malades a été introduite à la suite d'un changement des médecins-chefs.

b) différentes pilules utilisées :

- Métrulène
- Nacenyl
- Planovine
- Stédiril
- Ovulène 50
- Norquentiel

Le Métrulène et le Nacenyl ont été les premiers utilisés, le Nacenyl a été retiré du commerce.

Après la venue des faibles dosages sur le marché le Métrulène a été remplacé par le Planovine puis le Stédiril plus faiblement dosé. L'ovulène 50 a été introduit à la suite d'effets secondaires survenus avec le Stédiril chez un certain nombre de femmes. Les femmes sous Norquentiel sont au nombre de 2, il s'agit de prescriptions faites par leur médecin en ville.

4) Les différents accidents secondaires

On a observé aucune phlébite, aucune hypertension artérielle, aucun accident vasculaire cérébral, aucun ictère, aucun diabète. Les examens de laboratoire faits avant et pendant la prise d'oestroprogestatifs n'ont montré aucune modification de :

- la glycémie
- des lipides totaux et des triglycérides.

5) Les différents effets secondaires

On observe une remarquable tolérance digestive, une seule femme sous Stédiril a eu des nausées importantes qui ont imposé l'arrêt du traitement.

On a observé une prise de poids de 20 kilos chez une femme sous Planovine avec retour au poids initial après l'arrêt du traitement. Ailleurs le poids est stable, bien que ces femmes sous neuroleptiques aient une tendance prononcée à l'obésité.

Avec le Nacenyl, deux grossesses ont été observées, mais il semble que la prise n'avait pas été régulièrement suivie.

L'effet secondaire qui est au premier plan à l'intérieur de l'hôpital, est les hémorragies intercurentes particulièrement importantes avec le Stédiril. Hémorragies qui surviennent surtout en fin de traitement. En fait cet effet est peu gênant chez ces femmes habituées à des cycles irréguliers. Elles s'en plaignent guère.

Un seul cas de dépression a été observé avec le Norquentiel. Même chez les femmes ayant des antécédents dépressifs on n'a pas observé de nouvel épisode depressif sous contraception orale.

La libido n'a jamais été diminuée chez ces femmes hypersexuées. Elle n'est pas augmentée, elle devient permise et se trouve déculpabilisée.

Chez les épileptiques, certaines ont été modifiées par le traitement oestroprogestatif, le nombre de crise a diminué, en particulier une femme dont la 1ère crise datait de l'apparition du premier cycle menstruel, on a observé une disparition des crises depuis le traitement oestroprogestatif. D'autres n'ont eu aucune modification quant à la fréquence des crises.

6) Explication de la bonne tolérance.

La "pilule" est un médicament porteur de phantasmes, sa tolérance dépend de la possibilité d'intégration que la femme se fait de la notion de contraception, de la liberté à disposer d'elle-même, de la possibilité de se dégager de l'emprise des tabous sexuels.

.../...

A l'intérieur de l'hôpital psychiatrique les femmes mises sous contraception orale soit le savent, soit ne le savent pas, celà dépend d'une part du pavillon où elles sont hospitalisées et surtout d'autre part de leur volonté à le savoir. En fait elles la considèrent comme un médicament semblable aux autres? Celles qui le savent, en sont en général satisfaites en raison de leurs grands besoins sexuels et du désintérêt complet de ce qui n'est pas elles-mêmes la plupart du temps.

Leur faible niveau intellectuel ne leur permet pas de se poser des questions relatives à la contraception et à ce qu'elle implique.

Par ailleurs la plupart ne sont absolument pas entravées par des tabous sexuels, ou des interdits moraux.

Au niveau des familles, on n'a rencontré qu'une seule qui a réagit violament lorsqu'elle a su que leur fille âgée de 19 ans avait été mise sous contraception orale à l'occasion d'une sortie pour un week-end. Elle a refusé la provision de médicaments en alléguant que leur fille n'en avait pas besoin. Or il se trouve que ce n'était malheureusement pas le cas. Lors du week-end, devant une fugue d'une journée de leur fille, retrouvée en compagnie d'un algérien alcoolique, la famille a accepté après, la contraception orale mais a diminué le nombre des sorties, car elle ne pouvait accepter la génitalisation de leur fille.

Au niveau même de l'hôpital, la prise des oestroprogestatifs ne pose aucun problème ni par les femmes ni par le personnel hospitalier.

D) Problèmes soulevés par le contrôle de la procréation des malades mentaux

Ces problèmes sont de différents ordres : moraux, religieux, problèmes auxquels s'ajoute la position du conseil de l'ordre par rapport aux moyens contraceptifs.

1) Problèmes moraux et religieux

Nous envisagerons en premier lieu l'aspect moral de ces problèmes.

En effet on peut se poser la question chez ces malades mentaux, chez lesquelles on prend la décision d'empêcher toute grossesse quel droit a-t-on de les empêcher d'avoir des enfants.

Les femmes hospitalisées en hôpital psychiatrique sont dans un état mental tel, qu'elles sont en règle incapables de faire face aux conséquences de leur vie sexuelle. En outre on a vu plus haut qu'il était inconcevable et même non souhaitable d'empêcher ces femmes d'avoir une vie sexuelle.

En outre elles vivent dans des conditions matérielles telles, que d'élever un enfant ne leur est pas possible. Par ailleurs chez très peu d'entre elles on peut envisager une sortie permettant une réinsersion dans la vie sociale qui leur assurerait un minimum d'autonomie financière.

Par ailleurs il faut tenir compte d'une part qu'un grand nombre relève du statut juridique d'incapables majeurs, et du fait qu'il existe pour ces malades une carence d'entourage ou même le plus souvent une absence totale, que peuvent-elles faire alors seules avec un enfant. Quand l'entourage existe il rejète le plus souvent la fille qui a "fauté".

Toutes ces conditions font qu'une malade mentale ayant un enfant l'abandonne, cet abandon relève à la fois de la notion du péché et d'une hérédité qu'elle redoute.

Pour le médecin des problèmes se posent de surcroit chez ces femmes. Celui du maintient de l'internement et celui du devenir de l'enfant. Le maintient de l'internement fait souvent utilisé avant la contraception orale pour protéger la femme contre une nouvelle grossesse dont il redoutait à la fois les conséquences que l'état de gestation allait entraîné chez elle et sur son état psychiatrique, et les conséquences psychologiques et matérielles de la venue d'un enfant à la fois pour la mère et ce dernier. (113)

En effet le problème posé par l'enfant n'est pas le moindre : problèmes d'une part de l'hérédité, les malades mentaux s'accouplant le plus souvent entre eux ou avec des débiles, le risque de débilité ou d'affection psychiatrique est donc plus élevé que dans la population normale ; et d'autre part les problèmes matériels posés par la venue de cet enfant qui dans la majorité des cas est confié à la DDASS. Cet enfant se trouvera donc dans de mauvaises conditions psycho-affectives dès le début, et les répercussions en seront importantes.

Sur le plan moral, il semble donc plus satisfaisant de permettre à ces malades mentaux incapables d'assumer les conséquences de leur vie sexuelle, une vie sexuelle normale grace à une contraception efficace plutôt que de les maintenir dans un état protégé par un système quasi carcéraire.

../...

Les problèmes religieux sont liés à la position de l'église catholique qui condamne toutes formes de contraception. Cette attitude aboutit à une culpabilisation d'une part des malades eux-mêmes, mais d'autre part et surtout des médecins catholiques, qui se voient interdire une contraception : "Parcequ'il est usufruitier et non propriétaire, l'être humain n'a pas un droit illimité de poser des actes de destructions de caractères anatomiques ou fonctionnels" PieXII. D'autre part ils se voient également interdire l'éventualité d'une interruption de grossesse justifiée par l'état mental de la malade.

2) Position du Conseil de l'Ordre

La position du médecin psychiatre face à une grossesse dangereuse pour l'équilibre psychique de la femme et pour son équilibre psycho-affectif est très délicat lorsqu'il n'a pas pu lui assurer une contraception efficace auparavant. Il lui reste la possibilité d'envisager une interruption de grossesse. Pour obtenir une interruption de grossesse, il faut l'autorisation du Conseil de l'Ordre. Or, la loi de 1955 vis à vis de celle-ci est très restrictive : il faut que la vie de la mère soit gravement menacée. En règle le Conseil de l'Ordre refuse l'autorisation d'interrompre une grossesse chez une malade psychiatrique.

Sur le plan contraceptif, pour obtenir de la pharmacie de l'hôpital des oestroprogestatifs il faut une dérogation spécial auprès du Conseil de l'Ordre. Par ailleurs si on envisageait une stérilisation définitive chez les grandes débiles ou les grandes psychotiques, par une ligature des trompes, celle-ci s'avère impossible en raison de la position formelle prise en 1955 par le Conseil de l'Ordre qui interdit toute stérilisation en vue d'une contraception. (113)

Cette position bien définie du Conseil de l'Ordre en matière de limitation des naissances pose parfois des problèmes de grande acuité au médecin psychiatre. Toutefois pour les "pilules" contraceptives les dérogations s'obtiennent assez facilement et permettent maintenant au psychiatre d'envisager chez chaque malade qui en a besoin, une contraception efficace.

CONCLUSION
ET
BIBLIOGRAPHIE

Conclusions :

La contraception orale permet à la femme d'accéder à une sexualité déculpabilisée de la notion de faute et de la libérer de sa punition originelle : la grossesse ; grace à l'apport de son efficacité en matière de limitation des naissances. Cet état amene d'importantes répercussions sur le plan psycho-affectif des femmes. En outre elle introduit un nouveau mode de relations à l'intérieur du couple ou la femme ne dépend plus de l'homme. Cette nouvelle puissance qui est donnée à la femme lui impose une plus grande responsabilité. Cette puissance crée souvent des conflits lorsqu'elle se sent incapable d'assumer cette responsabilité ; conflits qui peuvent décompenser un syndrome dépressif latent.

La contraception orale en modifiant la sexualité féminine et les rapports du couple crée et demande une nouvelle éthique. Pour supporter sans troubles psychologiques cette demande il faut un très grand équilibre psycho-affectif chez la femme ; équilibre qui est menacée de toutes parts dans la vie actuelle.

Les problèmes psychologiques soulevés par la contraception orale sont très important en raison même qu'ils touchent aux problèmes conscients et inconscients posés par la sexualité. Ces problèmes ne se posent pas avec la même acuité chez les malades psychiatriques, malades chez qui la sexualité est beaucoup moins entachée de tabous ; ce qui explique qu'elles supportent mieux la contraception orale que les autres femmes.

Il ressort de cette étude que la plupart des incidents et accidents secondaire des oestroprogestatifs sont liés pour la plus grande part aux problèmes psychologiques préexistants et latents de la sexualité, problèmes réveillés par l'utilisation des oestroprogestatifs. En outre le rôle biologiques de ces produits hormonaux reste possible bien qu'aucun fait concluant ne puisse être tiré des différentes études.

Il semble donc que l'utilisation des oestroprogestatifs doit demander de la part du médecin prescripteur non seulement un examen somatique mais surtout de découvrir la motivation profonde de la contraception et de respecter le désir des femmes vis à vis de celle-ci et de leur sexualité.

Références bibliographiques

harmacologie

1 - Aboulker et Beaumont :

Cancer de la prostate, les oestrogénes sur la selette concours médical n° 6 p. 7625. 32, 18 novembre 1967

2 - Ayre J. E Hillemans M. B. Leguenier J, Arsenault J.

influence of norethinodrel and mestranol upon cervical dysphasia and carcinoma insitu

A M. J. obst. Gyn. 28 (90 - 98) juillet 1966

3 - Aznar Ramos R et Coll

A M. J. obst. gyn 105 (11 44) décembre 1969

4 - Baker W. H

therapy of certain endocrine and sensitive tumors NAT. cancer. Inst. Mougsh. n° 3. 235. 1960

5 - Belaisch

Indications des progestatifs de synthèse

6 - Brehm H

Circulation blood coagulation and clinical observations during hormonal suppression of ovulation intern. J. Fertil 9. 45. 1964

7 - Boué A et J.B

Contraceptifs oraux et aberration chromosonique Presse Méd. 76-47, 2266, 30 octobre 1968

8 - Brown et Coll

the effect of norethisterone and its acetate on ovarien and pitutary fonction during menstrual cycle.

Jama 25. 331. 1962

9 - Carr

Lancet lettre à éditeur 14 août 1967

10 - Diczfaluzy E

Mode of action of contraceptive drugs Am, J, obst, gyn 100 (136-163) 1er janvier 1968

11 - Durkinj W, Lin T. J, Kim Y. J

endometrial effects produced by the oral administration of steroids to control the reproductive cycle

Ams. obst. gyn 91. 1 (110 - 113) 1965

12 - Egeberg O, Owreu P.A

Oral contraception and blood coagulability
Brit Med j 5387 (883-884) 1964

13 - Gershberg H, Hulse M, Javier Z

hypertriglyceridemia during treatement with oestrogen and oral contraceptive. An aiteration in hepatic fonction.

AM,S, obst, gyn 31 (186 - 189) février 1968

14 - Grasset et Gauthier

Essais thérapeutique de deux 19 norsteroides norethyndrome et norethynodrel

15 - Greenblatt R. B, Barfiedd W E

The progestional activity of 6 methyl 17 acetoxyprogesteroneSouthern Med. j. P 2 (345) 1959.

16 - Guttmacher A P

in new release from planned parenthood worls

New York 1965

17 - Hertz R. cramer J.K. Jou g J P. Westfall B.B

Observations of effect of progesterone on carcinoma of cervix
J. Nat. Cancer inst II, 867,1951

18 - INSERM

Février 1972 revue médecine praticienne n° 3

19 - Larsson - Cohu

the 2 hour sulfobromopht a lein retention test and transaminase activity during oral contraceptive therapy
AM, J, obst, gyn 98 (188 - 193) 1967

20 - Netter A, Pelissier C.

Effets physiologiques des oestrogénes sur la fonction ovarienne
Presse Med 74 (1129 - 1130) 1966

21 - Phillips L.L, Tur Kosy R.N, southam al

Influence of ovarian fonction the fribinolytic enzym system, II influence of exogenous steroids
AM, J, obst, gyn 82 (12 - 16) 1961

22 - Pincus et Garcia C.R

studies on vaginal cervical and uterine histology
metab 14. 344. 1965

23 - Pincus G.

Control of conception by hormonal steroids
science 153 (493 - 500) 1966

24 - Rozenbaum

Revue Médecine janvier 1972

25 - Rapport F D A sur l'Euovid

J. New - Drugs p. 201-211 juillet août 1964

26 - Sobrero A.J. Fenéchel R L Singhers M.O

Effects of progestin oestrogen ou blood coagulation mechanism
Jama 185 (136) 1963

27 - Tyler

Jama 187 (562) 1964

28 - Walsh F B, Clark D B, Thompson R.S. Nicholoson D.M.

Oral contraceptives and neurophtalmologie interest
Arch. Ophtalmo 74 (628, 640) 1965

L'aspect psychologique et les contraceptifs oraux

29 - Azerad E et Coriat :

Essai d'interprétation du syndrome prémenstruel
Sem. Hôp Paris 10 octobre 1956 32. 3025. 3030

30 - Benedeck T and Rubenstein B. B

The sexual cycle in women : the relation between ovarian fonction and psychodynamic processes
Psychosom. Med. Monog. n° 1 et 2 1942

31 - Baud

Les effets psychologiques de la pilule

32 - Benjamin J. Murawski et Coll

Au investigation of mood states in women taking on oral contraceptives
Fertil-steril 19. 50. 63 jan/fev 1968

33 - Brenda Herzberg

Oral contraceptives and premenstrual depression
doucet 11 avril 1970 n° 7650

34 - Cotte G

Sur le rôle respectif des hormones génitales et du système nerveux dans la pathogenie des dysmenorrhées déductions therapeutiques
gyn. obst. 1946 45 21-27

35 - Cullerg J.

L'adaptation psychique et sexuelle des utilisatrices de contraceptifs oraux
Bulletin Med I P P F vol 3 n° , mars 61

36 - Commentaires sur la 8e congres international de la fédération internationale de planning familiale à Santiago du Chili du 9 au 15 avril 1967

37 - Edward E Wallech M D

Psychodynamic aspect of and oral contraception
Jama 203. 927. 931 11 mars 1968

38 - Freud S

Nouvelles conférences de psychanalyse

39 - Freud S

Trois essais sur la sexualité

40 - Fribourg A

Psychologie et contraception
Revue Med 12. 653 juin 1965

41 - Galler S. Valli Y Jayle M F

Résultat de l'exploration de la fonction œstrogénique dans le syndrome dit hyperfolliculinique
Rec franc et clini. Biol mars 56 1, n° 3, 318.322

42 - Gaster E

Le syndrome prémenstruel pathogénie et traitement
Presse Med 1949. 57. 184.

43 Hesnard A

La Sexologie

44 - Hervé R

Syndrome Prémenstruel
Encyl Méd. chir. gyn 161 - C 10

45 - Herzberg et Coppen

Changes in psychological symptoms in women taking oral contraceptives
Brit j. psych. 116. 531. 161. 164 février 70

46 - Kane

Mood and behavioural changes with progestional agents
Brit j. psych 113, 265, 268 1967

47 - Kepes

Structure mentale et contraception
Fert. Orthoj 1, 1 : 13 - 17 janvier 69

48 - Kepes

Désir et Contraception
Fert. orthogeme 3, 1 : 25 - 28 janvier 71

49 - Klein Mélanie

L'Amour et la haine

50 - Michel Wolfrom H.

Psychologie et contraception
G. M de France 3681 - 3696 1 nov 1961

51 - Molinski Sciff

einige psychische relaktionem beider eimchem von ovulationshemnern

C. Psycho. Méd psychol 17 (203 - 215) nov 1967

52 - Moos R.M

Physiological aspects of ord contraceptives
jama 205. 5 127.128 19 juillet 68

53 - Murawski et Coll

Au investigation of mood states in women taking oral contraceptives
Fert stéril 19 (50 - 63) janv fev 18

54 - Nilsson A

Side effects of ou oral contraceptive with particular attention to mental symptoms and sexual adaptation
Acta obst gyn scand 1967 . 46 . 537 . 556

55 - Nilsson A. Almgren P

Psychiatric symptoms during the post partum period as related to use of oral contraceptives
Brit. Méd. j .2. 453 . 455 1968

56 - Pincus

The control of fertility
Acad. Press. New York and London 1965

57 - Pasini

Désir de grossesse, fil d'Ariane de la gynéologie psychosomatique
Med et hyg 1 22 septembre 1971

58 - Pocttgen

Psychological and theological problèms of oral contraceptives
Arch. obst. gyn 73 . 415 . 420 1968

59 - Ringrose C A D.M D. F R C S

the emotional reponses of married women receiving oral contraceptives
canad. Med ASS. j. 92 . 1207 . 1209 1965

60 - Ruffiot A.S

Psychologie de la contraception
Var Méd 22 11 . 56 . 61 nov 1968
Var Méd 22 10 37 . 47 oct 1968

61 - West Y

Mood and the Pill
Brit Méd J 4 . 187. 188. 19 oct 68

62 Ziegler P et Coll

Ovulation suppressors psychological functionning and marital adjustement
Jama 849 . 853 . 3 février 68

Pilule et dépression

63 - Braham

Oral contraceptives and dépression
Lancet 2 1066 . 1969

64 - Brenda

Dépressive symptoms and oral contraceptives
Brit Méd J. 17/10/70/ vol 4 n° 5728. P 142

65 - Daly - Kane

Psychosis associated with the use of a sequantial oral contraceptives
Lancet 2 444 . 445. 26 août 1967

66 - Dépression as a side effect of oral contraceptives

Méd Australia 2 . n° 18 . 884. 1969

67 - Dennis

Dépression and oral contraceptives
Lancet 2 . 454 . 455 24 août 1968

68 - Edward Wallach

Psychodynamic aspect of oral contraception
Jama 203 . (927 . 931) 11 mars 1968

69 - Grant

Psychiatrie aspect of oral contraceptives
Méd J. austr 1 . n° 27 . 1106, 107 1969

70 - Grant

Mental effect of oral contraceptives
Lancet 2. 945 . 46 oct 1967

71 - Grounds

The contraceptive pill, side effects and personnality report of a controlled double blind trial
Brit J. psych 116 . 169 . 172 . fev 1970

72 - Herzberg

Dépressive symptoms and oral contraceptives
Brist Méd J. 4. 142 . 145. 17 oct 1970

73 - Herzbeg

Oral contraceptives dépression and libido
Brist Méd J. 3. 495 . 500 1971

74 - Herzberg

Changes in psychological symptoms in women taking contraceptives
Brist J. Psych 116 . 161 . 167 fev 1970

75 - Kane

Mood and behavioural changes with progestional agents
Brist J. Psych. 113 . 265 . 268 1967

76 - Kane

Psychiatrie problèmes associated with ord contraceptives
Trans New Eug. obst Gyn-soc. 21 145 . 157 . 1967

77 - Kane

Psychiatrie réactions to oral contraceptives
Amer J. obst. gyn 102 . 1965

78 - Kahu Nathan

Pilule et dépression nerveuse
Concours Méd 92. 2. 235 . 242 . 10 jan 70

79 - Lester D

The antisuicide pill
J. Am. Méd. ASSOC. 208 n° 10 . 1908 1969

80 - Lewis

An evaluation of dépression as a side effect of oral contraceptives
Brit J. Psychiat 115 n° 523 . 697 . 701 1969

81 - Libido et Pilule

Lancet 13 dec 1969 n° 7633 p 1300

82 - L'humeur et la Pilule

Concours Méd 90 n° 43 p 653 26 oct 1968

83 - La Pilule

Gazette Méd France n° 26 25 oct 1968

84 - Macintosh

Psychiatrie aspects of oral contraceptives
Méd. J aust 1 p 1107 24 mai 69

85 - Mac Gregor

Oral contraceptive and dépression
Lancet 1 1231 3 février 1967

86 - Nilsson

Psychiatric symptoms during the post partum période as related fo use of oral contraceptives
Brint Méd J 2. 453 . 465 25 mai 1968

87 - Nilsson

Side effects of an oral contraceptive with particular attention fo mental symptom and sexual adaptation
acta obst. gyn. scand 1967. 46 . P 537

88 - Otte

Oral contraceptives and dépression
Lancet 2 . n° 7 618 . 498 1969

89 - Price

Oral contraceptive and dépression
Lancet 2 n° 7612 158 . 159 1969

90 - Psychological disturbance and oral contraceptives

Lancet 1 1378 27 juin 70

91 - Rose

Oral contraceptives and dépression
Lancet 2 n° 7615 321 1969

92 - Tudor Hart

Dépression and oral contraceptives
Brit Méd J. 4 1731 - 367 7 nov 1970

93 - Winston

Oral contraceptives and dépression
Lancet 2. 7616 . 377 . 1969

Essais d'explication biologique

94 - Bamblatt M.J

Pyridoxine and the Pill
Lancet 1. 823. 3 1970

95 - Braham

Oral contraceptives and dépression
Brist Méd. J 1 237 24 janvier 1970

96 - Christie

Pyridoxine and the Pill
Iancet 1 n° 7655 p 1065 16 mai 70

97 - Edward E Wallach

Psychodynamic aspect of oral contraception
Jama 203. 927 . 31 11 mars 68

98 - Grant

Effect of oral contraceptives ou dépressive mood changes and on endometrial monoamine oxidase and phosphatases
Brist Méd. J 5621 p 777 28/9/1968

99 - Kahn . Nathan .pluvinage . Rozenbaum

Pilule et dépression nerveuse
Concours Méd 2. 92 . 10/1/1970

100 - Kane

Mood and behavioural changes with Progestional agents
Brit J. Psy 113 . 265 . 268 . 1967

101 - Kane

Emotional change associated with oral contraceptive in female pschiatric patients
Comp Psy 10 (16 . 30) janvier 1969

102 - Kane

Psychiatric Réactions to oral contraceptives
Amer, J obst. gyn 102 1965

103 - Kane

Psychoendocrine study of oral contraceptives agents
Amer, J psych 127 . 443 . 450 octobre 70

104 - Lewis

An évaluation of dépression as side effect of oral contraceptives
Brit J. Psy 115 . 697 - 701 1969

105 - Margerison

Alteration of EEG by the Pill
Jama 207. 3. 568 20 janvier 1969

106 - Mauvais - Jarvis

Relation entre le système nerveux central et les anomalies menstruelles
Proj Méd. 1972 . 100. 145. 149

107 - Nistico

Contraceptives, brain serotonin and liver tryptophan pyrolase
Lancet 2 (213) 25 juillet 1970

108 - Paton

Oral contraceptive and folate déficienty
Lancet 22/2/69 . 1 . 418

109 - Nistou

Oral contraceptives and dépression
Lancet n° 7607 . 1209 14 juin 1969

Les oestroprogestatifs en milieu psychiatrique

110 - Bourgeois

Le psychiatre et la pilule - enquête sur les incidences psychiatriques de la contraception orale
anales médico - psycho Tr - n° 2 1971

111 - Bourgeois

De quelques incidences psychiatriques de la contraception orale
Bordeaux Méd. n° 5 1273 . 1292 mai 70

112 - Chevallier

Troubles psychiatriques et contraceptif oraux
Recueil périodique F M C Gynieco 64. 1er sept 1969

113 - Contrôle de la procréation chez les malades mentaux
n° spécial 4 information psy avril 66

114 - Daly Kane

Psychosis associated with the use of a sequential oral contraceptives
Lancet 2 444 - 45 16 août 1967

115 - Dubor

Maniement d'un progestatif de synthèse en milieu psychiatrique
J. Méd. Lyon 5 oct 1966

116 - Edwards

Psychiatric aspect of oral contraceptives
Méd J. Aust 1054 17 mai 1969

117 - Grant

Mental effects of oral contraceptives
Lancet 2 945. 6 28 oct 1967

118 - Grant

Psychiatric aspects of oral contraceptives
Méd. Aust 1106 24 mai 1969

119 - Hinshelwood

Oral contraceptive in the post partum période
Brit Méd. J. 2. 506. 698. 699. 15février 1968

120 - Kane

Psychiatric problém s associated with oral contraceptives
Trans. New Eug. obst. gyn. Soc 22. 145. 57 1967

121 - Kane

Psychosis associated with the use of oral contraceptive agents
Southern Méd. J. 62 p 109 . 12 février 69

122 - Kistner

The Pill and mental healh
Delacorte Press. New York 1968

123 - Leone

Psychoses menstruelles périodiques et produits contraceptifs
Minerva Méd. 419. 3947 1968

124 - Morin

Contraception et psychopathologie
annales médico - psycho 2. n° 1 85 - 98 28 février 1970

125 - Orchard

Pyschiatric aspect of oral contraceptives
Méd. J aust 1 n° 17 . 872 . 876 1969

126 - Shropshire

Suppression of menstruation
Jama 200 n° 5 1967

127 - Sonkin

Utilisation dans certains syndromes psychiatriques des progestatifs de synthèse en dehors de l'usage anticonceptionnel et gynécologique
Bul fed. Societ. gyn. Obst 19. n° 1 13 - 15 jan 1967

128 - Pilowsky

Oral contraceptive and psychiatric illness
Dis. Ner. Syst 32. n° 6 402. 405 1971

129 - Wicazorek

Utilisation des inhibiteurs de l'ovulation chez les épileptiques et les malades psychiatriques
Ames Mediz . Wod 111 5 p 254. 257 31 jan 1969